1935 N. 52

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Volume XLII - Anno 1935

ROMA

N. 14 — Via Sistina — N 14

—

1935

Collaboratori effettivi della Sezione Pratica per l'anno 1935

Acanfora dott. Giuseppe - Roma.
Alessandri prof. Roberto - Roma.
Amalfitano dott. Gabriele - Roma.
Aquino dott. Tommasi - Atripalda.
Aradas dott. A. - Roma.
Archi dott. Antonio - Siena.
Arrigoni prof. Riccardo - Pisa.
Ascoli prof. Maurizio - Palermo.
Ayala prof. Giuseppe - Roma.
Azzarello dott. Cesare - Roma.
Baggio prof. Gino - Cagliari.
Barbiroli dott. Mario - Modena.
Becchini prof. Gastone - Salerno
Beggi dott. Domenico - Pisa.
Bellandi prof. Ernesto - Viareggio.
Benvenuti dott. Mario - Volterra.
Bertola dott. Aristeo - Pavia.
Bettinelli dott. Ovidio - Castellanza.
Bignami dott. Francesco - Roma.
Bile prof. Silvestro - Napoli.
Bizzarri dott. Ugo - Livorno.
Bosi dott. Pio - Correggio
Brancati prof. Raffaele - Parma.
Bravetti dott. Silvano - Abbazia.
Broglio prof. Ruggero - Belluno
Bonuzzi-Confalonieri dott.ssa Vittoria - Riva del Garda.
Bufano prof. Michele - Genova.
Campani prof. Arturo - Modena.
Capaldo dott. Luigi - Longiano.
Cappa prof. Oreste - Tangeri.
Caribotti dott. Alessandro - Rimini.
Caroli dott. Giacomo - Parigi.
Carossini prof. Giovanni - Reggio Calabria.
Casini dott. Armenio - Roma.
Caucci dott. Alberto - Ancona.
Cenini dott. Ernesto - Reggio Emilia.
Chiariello dott. Alfonso Giovanni - Napoli.
Chiasserini prof. Angelo - Roma.
Chiucini dott. Gioacchino - Roma.
Ciaccio Case dott. Th. - New York.
Cicchitto dott. Angelo M. - Mogadiscio.
Citelli prof. Salvatore - Catania.
Colarizi dott. Arrigo - Roma.
Coletti dott. Domenico Antonio - Bologna.
Confalonieri dott. Dario - Riva del Garda.
Conforto dott Silvia - Ancona.
Consiglio dott. Vincenzo - Pisa.
Conte dott. Giannino - S. Bellino.
Coppo dott. Mario - Roma.
Corelli dott. Ferdinando - Roma.
Cottini dott. Gio. Batt. - Pavia.
Creazzo dott. Arcangelo - Bologna.
Daddi prof. Giuseppe - Roma.
D'Amico prof. Diego - Palermo.
Da Villa dott. Felice Camillo - Loreo.
De Antoni dott. Vittorio - Roma.
De Benedetti dott. Virginio - Ivrea.
De Bonis dott. Giuseppe - Roma.
Del Zoppo dott. Ricciotti - Napoli.
De Muro prof. Paolo - Roma.
Diliberto dott. Ugo - Palermo.
Di Mattei prof. Pietro - Pavia.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma
Egidi prof. Guido - Roma.
Fabri dott. Giuseppe - Roma.
Fabris dott. Augusto - Roma.
Ferrannini prof. Luigi - Bari.
Ferretti dott. Andrea - Modena.
Ferretti dott. Tito - Roma.
Ficacci prof. Luigi - Roma.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Fontana dott. Gaetano - Roma.
Franchetti prof. Augusto - Roma.
Frugoni prof. Cesare - Roma.
Gaifami prof. Paolo - Roma.
Gasbarrini prof. Antonio - Padova.
Gavazzeni prof. Mauro - Bergamo.
Giorgi dott. Giorgio - Roma.
Giugni prof. Francesco - Lugo.
Giupponi dott. Enrico - Roma.
Jona prof. Giuseppe - Venezia.
Izar prof. Guido - Messina.
Lange prof. Bruno - Berlino.
Lionetti dott. Giovanni - Roma.
Liuzzo dott. Giovanni - Roma.
Liverani dott. Ettore - Roma.
Lucacer dott. Menace - Palermo.
Luccarelli prof. Vincenzo - Viadana.
Lusena dott. Renato - Roma.
Lustig. sen. prof. Alessandro - Firenze
Luzzatti prof. Tullio - Roma.
Luzzatto-Fegiz prof. Giusto - Roma.
Maggia dott. Ottorino - Ivrea.
Magnoni dott. Franco - Carate Brianza.
Manca dott. Serafino - Roma.
Marconi dott. Enzo - Modena.
Marconi dott. Pasquale - Parma.
Margottini dott. Mario - Roma.
Mariconda prof. Paolo - Roma.
Marino dott. Vincenzo - Roma.
Maroncelli dott. Piero - Roma.
Marzetti dott. Vincenzo - Roma.
Mastrosimone dott. Carlo - Napoli.
Mauro dott. Vittorio - Napoli.
Mazzarella dott. Oreste - Roma.
Mazzolani dott. Domenico A. - Tripoli.
Merighi dott. Ferdinando - Monsavito.
Montecchi dott. Carlo Cesare - Mantova.
Monteleone prof. Remo - Roma.
Montesano prof. Vincenzo - Roma.
Moruzzi dott. Domenico - Parma.
Mura dott. Vincenzo - Roma.
Muzzarelli dott. Giuseppe - Bologna.
Nuvoli dott. Innocenzo - Roma.
Omodei Zorini prof. Attilio - Roma.
Palumbo prof. Vincenzo - Firenze.
Paterni prof. Ludovico - Roma.
Panegrossi prof. Giuseppe - Roma.
Penso prof. Giuseppe - Roma.
Perardi dott. Giovanni - Cuorgnè.
Pescarmona dott. Elvio - Ivrea.
Pichezzi dott. Lupo - Roma.
Pittarelli dott. Emilio - Campochiaro.
Pittarelli dott. Mario - Campochiaro.
Pozzi prof. Arnaldo - Roma.
Protti dott. Giocondo - Venezia.
Puccinelli prof. Vittorio - Roma.
Puglisi Allegra dott. Stefano - Messina.
Pullé dott. Felice - Roma.
Rastelli dott. Ettore - Pavia.
Repaci dott. Filippo - Sinopoli.
Ruiz dott. Vicente - Buenos Ayres.
Sabatini prof. Giuseppe - Sassari.
Savagnone dott. Lucio - Palermo.
Savarese dott. Ennio - Genova
Scalfati dott. Alberto - Livorno.
Scaravelli dott. C. - Ravenna.
Scaturro dott. Alberto - Sciacca.
Scollo dott. Giuseppe - Roma.
Sebastianelli dott. Antonio - Roma.
Selvaggi avv. Giovanni - Roma.
Serra prof. Vittorio - Roma.
Silvestrini prof. Raffaele - Perugia.
Solieri prof. Sante - Forlì.
Spennati dott. Pompeo - Aquila.
Spolverini prof. Luigi Martino - Roma.
Stipa dott. Franco - Roma.
Sussi prof. Luigi - Gorizia.
Tangredi dott. Gerardo - Napoli.
Tilli dott. Pietro - Roma.
Tommasini-Mattiucci dott. Arduino - Roma.
Torchiana prof. Luigi - Portoferraio.
Tripodi dott. Mario - Tripoli.
Troili dott. Cesare - Roma.
Turco dott. Adalgiso - Casale Monferrato.
Valli dott. Martino - Roma.
Ventura dott. Antonio - Troia.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Viana prof. Odorico - Verona.
Vicentini dott. Fernando - Roma.
Vidau prof. Giuseppe - Roma.
Zappalà dott. Gaetano - Roma.
Zito dott. Giacomo - Siracusa.

INDICE GENERALE

VOLUME XLII - 1935

Indice per rubrica

LEZIONI - PROLUSIONI - CONFERENZE

LAVORI ORIGINALI.

NOTE E CONTRIBUTI

OSSERVAZIONI CLINICHE.

DALLA PRATICA CORRENTE.

RESOCONTI CLINICO-STATISTICI.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

RIVISTE GENERALI
QUESTIONI DI ATTUALITÀ.

MEDICINA SOCIALE - IGIENE.

RILIEVI E COMMENTI — RIVENDICAZIONI.

CONGRESSI, ACCADEMIE, SOCIETÀ.

(*) Per comodità degli studiosi riportiamo l'elenco dei libri recensiti.

Indice alfabetico delle Materie

A

B

C

D

G

L

M

N

O

P

S

U

Indice alfabetico degli autori.

Affinchè i lettori possano apprezzare l'importanza dei contributi originali che vengono accolti nella Sezione Medica (periodicità mensile) **del "POLICLINICO", riportiamo l'Indice alfabetico dei contributi stessi pubblicati nel Volume XLII (1935):**

LAVORI ORIGINALI.

RIVISTE SINTETICHE.

Affinchè i lettori possano apprezzare l'importanza dei contributi originali che vengono accolti nella Sezione Chirurgica (periodicità mensile) **del "POLICLINICO", riportiamo l'Indice alfabetico dei contributi stessi pubblicati nel Volume XLII (1935):**

LAVORI ORIGINALI.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma, Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Anno XLII Roma, 7 Gennaio 1935-XIII Num. 1

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

Abbonamenti al "Policlinico" per l'anno 1935:

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) Alla sola sezione pratica (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) Alle due sezioni (pratica e medica)	L. 100	L. 150
(1-a) Alla sola sezione medica (mensile)	L. 50 —	L. 60	(3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-b) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica)	L. 125	L. 180

Tutti coloro che ci invieranno NON OLTRE il 20 corrente mese, mediante Vaglia Postale oppure con Chèque Bancario o che verseranno la somma nel nostro conto corrente Postale N. 1/5945 valendosi del Modulo che all'uopo includemmo nel N. 50 del 17 Dicembre u. s., l'INTERO importo del *solo* abbonamento per il 1935 al "POLICLINICO", potranno, con l'aggiunta di sole Lire 2 al prezzo dell'abbonamento, ottenere, a scelta, UNA delle seguenti due Monografie:

a) **AUGUSTO MURRI "DEI MEDICI FUTURI",** con grande fotografia dell'insigne Clinico; (Prezzo **L. 8**).

b) Prof. G. Bilancioni. **Un grande allucinato dell'Udito: MARTIN LUTERO.** (Prezzo L. 20.)

Aggiungendo Lire cinque in luogo di Lire due, si riceveranno subito entrambe le due Monografie in piego postale franco di porto.

AVVERTENZA: Trascorso il 20 Gennaio, non si avrà più diritto alla predetta facilitazione.

Speciali combinazioni di abbonamento:

a): con **L. 95 in Italia** o **L. 150 all'Estero** — si riceveranno i Numeri della Sezione PRATICA del « Policlinico » che si pubblicheranno dal 1° gennaio al 31 dicembre 1935, più *una*, a scelta, delle due sumenzionate Monografie, nonchè, franco di porto:
il volume, di pagine VIII-606, con 46 figure nel testo: **"LEZIONI DI CLINICA MEDICA"**, (Prof. Cesare Frugoni). Prezzo di copertina **L. 60.**
oppure
tutti i suddetti Fascicoli del periodico, *una*, a scelta, delle due Monografie sopramenzionate, più il **NUOVO TESTO UNICO delle LEGGI SANITARIE, con Note e Commento** di A. Carapelle e A. Jannitti-Piromallo. Volume, in formato tascabile, di pagine XII-720, stampato su carta tipo « *India-Oxford* », rilegato in tela. Prezzo di copertina **L. 45.**

b): con **L. 140 in Italia** o **L. 200 all'Estero** — si riceveranno i Numeri della Sezione PRATICA e della Sezione MEDICA del « Policlinico » che si pubblicheranno dal 1° gennaio al 31 dicembre 1935, più *una*, a scelta, delle due sumenzionate Monografie, nonchè, franco di porto, il volume di pagine VIII-606, con 46 figure nel testo: **"LEZIONI DI CLINICA MEDICA"**, (Prof. Cesare Frugoni). Prezzo di copertina **L. 60.**

c): con **L. 145 in Italia** o **L. 205 all'Estero** — si riceveranno i Numeri della Sezione PRATICA e della Sezione CHIRURGICA del « Policlinico » che si pubblicheranno dal 1° gennaio al 31 dicembre 1935, più *una*, a scelta, delle due sumenzionate Monografie, nonchè, franco di porto, il volume **"SCRITTI IN ONORE DEL PROF. ROBERTO ALESSANDRI"**, *imponente gruppo di 66 MEMORIE, espressamente redatte per onorare il prof. ALESSANDRI, da altrettante Illustrazioni della Scienza Chirurgica Internazionale, formante un'opera di pagine VII-610, con 240 figure nel testo, 5 tavole a colori fuori testo e con il ritratto, in formato di mm. 130 × 180, del Clinico Chirurgo romano; volume stampato tutto in lingua italiana, quale supplemento alla XL Annata della Sezione Chirurgica del « Policlinico »*. Prezzo di copertina **L. 90.**

d): con **L. 165 in Italia** o **L. 230 all'Estero** — si riceveranno i Numeri delle tre Sezioni del « Policlinico » che si pubblicheranno dal 1° gennaio al 31 dicembre 1935, più *una*, a scelta, delle due sumenzionate Monografie, nonchè, franco di porto, il volume di pagine VIII-606, con 46 figure nel testo: **"LEZIONI DI CLINICA MEDICA"**, (Prof. Cesare Frugoni). Prezzo di copertina **L. 60.**

e): con **L. 210 in Italia** o **L. 285 all'Estero** — si riceverà **tutto** quanto è descritto nella Combinazione *d)* che qui precede, più il volume degli **"SCRITTI IN ONORE DI ROBERTO ALESSANDRI"**, indicato nella più sopra annunziata Combinazione *c)*, volume di pagine VIII-610, con 240 figure nel testo, 5 tavole fuori testo ed il ritratto, in rotocalco, formato mm. 130 × 180, del Clinico Chirurgo romano. Prezzo di copertina **L. 90.**

L'Amministrazione.

Per gli abbonamenti cumulativi ad altre RIVISTE con "IL POLICLINICO" vedere alle pagine 4 e 48.

continua **Pubblicazioni SEMI-GRATUITE ai più solleciti:**

segue: Con L. 15, UNA delle seguenti:

23) I FANCIULLI EPILETTICI. *Note patogenetiche cliniche di assistenza e di terapia.* (Prof. A. ROMAGNA MANOJA). Vol. di pagg. VIII-188, con 47 figure nel testo. Prezzo L. 22.

24) MANUALE DI TECNICA PER LA RICERC. MICROSCOPICA DEL SISTEMA NERVOSO. (Prof. W. SPIELMEYER). Traduzione italiana del dott. G. LIPPI FRANCESCONI, con prefazione del prof. G. B. PELLIZZI. Vol. di pagg. VIII-208. Prezzo L. 22.

Con L. 10, UNA delle seguenti:

25) COMPRESSIONI MIDOLLARI. *Rilievi clinici e guida diagnostica.* (Prof. G. BOSCHI e Dott.ssa M. CORI). Vol. di pagg. VIII-128, con 30 figure in nero ed a colori nel testo. Prezzo L. 18.

26) GLI ORMONI SESSUALI FEMMINILI. *Fisiologia e clinica dei presunti ormoni preipofisari e degli ormoni ovarici nei rapporti coll'apparato genitale.* (Prof. G. REVOLTELLA). Vol. di pagg. VIII-72, con 22 figure nel testo e due tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 18.

27) LO STATO ATTUALE DELLA RADIOTERAPIA GINECOLOGICA. (Prof. M. BOLAFFIO). Vol. di pagg. VIII-164, con 10 figure nel testo e 7 tavole fuori testo. Prezzo L. 20.

28) GINECOLOGIA E SECREZIONI INTERNE. (Prof. O. VIANA). Prefazione del prof. N. PENDE. Vol. di pagg. VIII-176. Prezzo L. 18.

29) L'ETÀ PUBERE NELLA DONNA. *Breve saggio di fisiopatologia costituzionale con un'appendice sulle anomalie della mestruazione dalla pubertà all'inizio della vita sessuale.* (Prof. R. BOMPIANI). Prefazione del prof. sen. E. PESTALOZZA. Vol. di pagg. VIII-128, con una grafica e 6 figure nel testo. Prezzo L. 16.

Con L. 9, UNA delle seguenti:

30) NUOVE VEDUTE SULLE INFEZIONI DELL'APPARATO DIGERENTE. (Prof. G. SANARELLI). Vol. di pagg. VIII-184, con 28 figure nel testo. Prezzo L. 25.

31) LA CIRROSI EPATICA. *Studio critico e clinico.* (Prof. G. SABATINI). Vol. di pagg. VIII-102. Prezzo L. 15.

32) LA CLINICA DELLA ADESIONE PERICARDICA. (*Fibrechia del cuore*) NELL'ASPETTO SUO DIAGNOSTICO. (Prof. G. L. SACCONAGHI). Vol. di 200 pagine. Prezzo L. 20.

33) LA PSICANALISI. (Dott. G. DRAGOTTI). Seconda edizione accuratamente riveduta e ampliata. Prefazione del prof. SANTE DE SANCTIS. Vol. di pagg. VIII-96, con ritratto (in formato di mm. 90×135) di S. FREUD. Prezzo L. 14.

34) L'INSUFFICIENZA DEL CUORE *con speciale riguardo ai concetti moderni di Fisiopatologia.* (Dott. E. PERITI). Prefazione del prof. L. SICILIANO. Vol. di pagg. XII-118, con 24 figure nel testo. Prezzo L. 22.

35) I DISTURBI DEL SONNO E LORO CURA. (Prof. A. ROMAGNA MANOJA). Vol. di pagg. VIII-196, con 12 figure nel testo. Prezzo L. 18.

36) LA MEDICINA PREVENTIVA E LA SELEZIONE PROFESSIONALE IN RAPPORTO ALLE ASSICURAZIONI SOCIALI. (Dott. O. BELLUCCI). Prefazione del prof. CARLO FOÀ. Vol. di pagg. VIII-168. Prezzo L. 18.

Con L. 6, UNA delle seguenti:

37) LA PERNICIOSITÀ NELLA MALARIA. (Prof. E. MARCHIAFAVA). Vol. di pag. 66, con tre grafiche nel testo e una tavola a colori fuori testo. Prezzo L. 12.

38) RAPPORTI FRA MALARIA E TUBERCOLOSI. (Dott. V. DE BERNARDINIS). Vol. di pagg. 144. Prezzo L. 18.

39) LA SANOCRISINA NELLA CURA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE. *Note critiche e Osservazioni cliniche.* (Prof. E. TRENTI). Vol. di pagine 92, con 38 radiografie e 22 grafiche termometriche nel testo. Prezzo L. 20.

40) L'ASMA BRONCHIALE NEI MODERNI CONCETTI. (Prof. P. STANGANELLI). Vol. di pagg. VIII-100. Prezzo L. 12.

41) MORFOLOGIA CLINICA E FISIOPATOLOGIA DEL CUORE. (Prof. A. ROSSI). Vol. di pagg. VIII-122, con 14 figure nel testo. Prezzo L. 15.

42) CARDIOGRAFIA ED ELETTROCARDIOGRAFIA. ANGIOGRAFIA. (Prof. D. MAESTRINI). Prefazione del prof. S. BAGLIONI. Vol. di pagg. VIII-168, con 64 figure nel testo. Prezzo L. 20.

43) GASTROPATIE E GASTROENTEROSTOMIA. *Studio clinico radiologico operativo.* (Prof. P. GILBERTI). Vol. di pag. 125, con 4 radiografie e 6 disegni semischematici originali di Anatomia chirurgica, nonchè la Storia e la Bibliografia sull'argomento dal 1881. Prezzo L. 15.

44) MANUALITÀ CISTOSCOPICHE. (Dott. G. M. GIULIANI) *ad uso dei medici pratici.* Vol. di pagine VIII-79, con 58 figure in nero e a colori nel testo. Prezzo L. 15.

45) RADIUMTERAPIA. *Manuale per i medici pratici.* (Dott. L. CAPPELLI). Vol. di pagg. IV-150, con 5 tavole e 5 figure nel testo. Prezzo L. 18.

Con L. 5, UNA delle seguenti:

46) LE COLONIE SANITARIE MARINE MILITARI. *Nozioni di terapia marina, solare e di educazione fisica.* (Dott. F. BOCCHETTI). Vol. di pagg. VIII-80, con 21 figure nel testo. Prezzo L. 12.

47) LA MALATTIA DI RECKLINGHAUSEN. NEUROFIBROMATOSI. (Dott. G. LIONETTI). Prefazione del prof. A. GALIMBERTI. Vol. di pagg. VIII-72, con 10 figure in 6 tavole fuori testo. Prezzo L. 12.

48) LA BISMUTERAPIA DELLA SIFILIDE. (Dott. F. TRAVAGLI). Vol. di pagg. IV-72. Prezzo L. 12.

49) TUBERCOLOSI ED ESERCITO. (Dott. F. BOCCHETTI). Prefazione del prof. sen. G. SANARELLI. Vol. di pagg. VIII-56. Prezzo L. 10.

50) CONCETTO E DIAGNOSTICA DELLA TISI INIZIALE. (Prof. A. CAPOGROSSI). Vol. di pagg. VIII-83. Prezzo L. 10.

51) L'INTOSSICAZIONE GRAVIDICA NELLA SUA GENESI E NELLE SUE FORME CLINICHE. (LEZIONI). (Prof. E. ALFIERI). Vol. di pag. 40. Prezzo L. 8.

52) SULLA NATURA DELLE TOSSICOSI GRAVIDICHE. (Dott. E. PASQUINI). Vol. di pag. 75. Prezzo L. 12.

(*) È consentito richiedere più di una delle 52 pubblicazioni, aggiungendo il rispettivo loro singolo importo semi-gratuito.

N. B. - Per l'estero, allo stabilito importo semi-gratuito delle pubblicazioni, aumentare il 20 % per le occorrenti maggiori spese postali di spedizione raccomandata.

Abbonamenti cumulativi con "Il POLICLINICO„ per il 1935:

Tre Riviste di branche speciali della medicina pubblicate dalla CASA EDITRICE L. POZZI - ROMA concesse in abbonamento cumulativo con "IL POLICLINICO„ per l'anno 1935.

Gli associati al « Policlinico », a qualunque Serie siano essi abbonati, coll'aggiunta di sole: L. **36** per l'Italia anzichè L. **40** o L. **50** per l'Estero anzichè L. **60** potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1935 di **una** delle tre seguenti nostre Riviste di speciali branche della medicina e chirurgia:

CUORE E CIRCOLAZIONE

periodico mensile illustrato diretto da CESARE FRUGONI, Clinico Medico di Roma

Redattori Capo: Prof. CESARE PEZZI, Milano; Prof. GINO MELDOLESI, Roma.

Redattore-Segretario: Prof. A. POZZI.

Ogni fascicolo si compone di 48-56 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, lezioni e conferenze; b) rassegne, riviste e congressi: c) notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 40; Estero L. 60; Un num. sep. L. 6; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 36; Estero L. 50

N. B. — I nuovi abbonati del 1935 possono ottenere le ultime sei annate (1929 a 1934 incluse) che costano L. **240**, per sole L. **150** in Italia e per sole L. **190** all'Estero.

LA CLINICA OSTETRICA

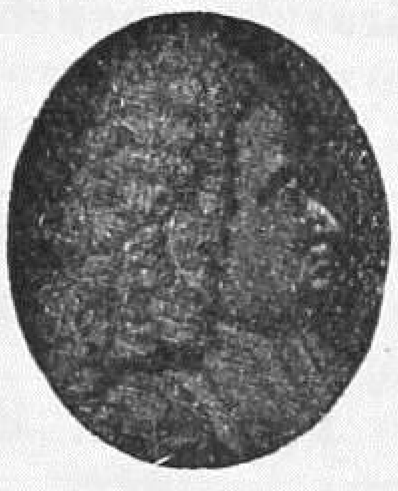
Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

diretta da PAOLO GAIFAMI Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica di Bari

Ogni fascicolo si compone di 60-64 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; b) recensioni, quesiti e commenti, bibliografia; c) Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 40; Estero L. 60; Un num. sep. L. 6; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 36; Estero L. 55

N. B. — I nuovi abbonati del 1935 possono ottenere le ultime nove annate (1926 a 1934 incluse) che costano L. **360**, per sole L. **220** in Italia e per sole L. **270** all'Estero.



IL VALSALVA

Rivista mensile di Oto-Rino-Laringojatria

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di Roma

Questa Rivista, che è ormai al decimo anno di vita, si è affermata vittoriosamente, essendo oggi fra noi il più completo, agile e ricco periodico della specialità. Argomenti d'indole pratica e di alto rilievo scientifico si fondono armonicamente, formando una rivista moderna, in cui ha degna sede quanto si produce negli Ospedali, nelle Cliniche e negli Istituti d'Italia.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 50; Estero L. 70; Un num. sep. L. 6; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 45; Estero L. 65

N. B. — Ai nuovi abbonati del 1935 si concedono le ultime sei annate (1929 a 1934 incluse) che costano L. **300**, per sole L. **190** in Italia e per sole L. **260** all'Estero.

Indispensabile per tutti i Medici:

IL DIRITTO PUBBLICO SANITARIO

Periodico Mensile di Giurisprudenza e Legislazione.

DIRETTORI

On. dr. **A. Carapelle**, Consigliere di Stato. — Avv. **G. Salvaggi**, esercente in Cassazione.

« Il Diritto Pubblico Sanitario » riporta tutte le Leggi, i Decreti, i Regolamenti e le Circolari concernenti anche indirettamente l'ordinamento giuridico sanitario, nel senso più ampio e le Istituzioni Sociali. — Ogni numero contiene Note di commento e di illustrazione delle Leggi e dei Regolamenti più importanti, una rassegna completa della giurisprudenza della Corte di Cassazione, del Consiglio di Stato in sede Giurisdizionale e Consultiva e di altre magistrature, con esposizioni ragionate delle controversie e delle risoluzioni, nonchè Studi sintetici di questioni d'attualità e Cenni di legislazione estera, per cui il Periodico è una guida chiara e semplice per tutto ciò che attiene, alle istituzioni sociali, ai rapporti d'impiego con Enti Pubblici, all'esercizio delle professioni, all'ordinamento sindacale, ai poteri di polizia sanitaria, ecc.

Ogni numero consta di 40-48 pagine, costituendo a fine d'anno un volume di oltre 500 pagine con indici sistematici.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 36; Un numero separato L. 5; Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. 30.

N. B. — Di questo periodico sono disponibili poche copie delle ultime quattro annate (1931 a 1934 incluse) che costano L. **144**, per sole L. **90** in pacco franco di porto, per l'Italia.

Inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario all'editore LUIGI POZZI, via Sistina 14, oppure presso l'Ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA.

AVVERTENZA: **Per gli abbonamenti cumulativi con gli altri importanti Periodici: "RIVISTA DI MALARIOLOGIA„ - "ANNALI D'IGIENE„ "RIVISTA DI CLINICA PEDIATRICA„ - "GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA E SIFILOLOGIA„ che non sono pubblicate dalla casa Editrice L. POZZI,** **vedere a pagina 48 di questo stesso Fascicolo.**

Ai già abbonati del 1934 a queste Riviste rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo pel 1935 per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di applicare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

ANNO XLII Roma, 7 Gennaio 1935 - XIII Num. 1

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

Per l'anno 1935.

Ai Medici Italiani,

" **IL POLICLINICO** ,,, *iniziando il suo XLII anno di attività, trae norma dal suo passato e dalla meditata esperienza per il programma di attività futura.*

I capisaldi della funzione e delle finalità de " **IL POLICLINICO** ,, *restano immodificati.*

Fondamentale è la necessità di mantenersi in diretto rapporto e comunicazione spirituale con le varie forme di attività e di pensiero della classe medica.

Ciò è grandemente facilitato dalle possibilità che noi abbiamo di ben disporre e distribuire, nelle diverse nostre Sezioni, l'enorme materiale che ogni anno a noi affluisce.

Stanno in prima linea la Sezione Medica, *diretta da* **Cesare Frugoni**, *e la* Sezione Chirurgica, *diretta da* **Roberto Alessandri**, *le quali, per la densità di materia, pur senza averne la pesantezza ed il volume, sono dei veri archivi, rispettivamente di* medicina *e di* chirurgia; *in queste è il materiale più importante, di trattazione più larga e di origine e finalità preminentemante scientifiche, destinato a chi promuove, compie e persegue il movimento strettamente scientifico delle nostre gloriose Scuole di Clinica e di Patologia e Ospedaliere.*

Ma non per questo esse sono destinate a categorie di lettori necessariamente diversi; ormai la compenetrazione e collaborazione e, per così dire, l'ingranamento reciproco della Medicina Generale *e della* Chirurgia *sono così stretti e immedesimati, che ogni medico e ogni chirurgo che viva e senta nella loro vera elevata complessità, nelle frequenti oscurità e difficoltà, gli ardui problemi scientifici, e pratici, non può non seguire ad un tempo i progressi nell'un campo come nell'altro.*

D'onde la necessità per un giornale a larga base o di riunire argomenti di Medicina e di Chirurgia, e di dare molta parte ai problemi che sono alle zone limiti che costituiscono argomenti e campi promiscui; o, come solo " **IL POLICLINICO** ,, *può fare, di avere al centro una* Sezione Pratica, *che tutto sintetizza e, alle ali, le due* Sezioni Medica *e* Chirurgica, *più specializzate.*

Vero è che ogni medico deve o dovrebbe avere ad un tempo le tre parti; ma in questo modo « **IL POLICLINICO** », *unico fra i grandi giornali di Medicina e Chirurgia d'Italia, può disporre armonicamente e largamente l'enorme materiale in utile preordinazione e ordinamento.*

La Sezione Pratica *manterrà fede al suo nome: destinata ai pratici, essa non raccoglie che problemi strettamente clinici di medicina e chirurgia pratica e aggiorna, nel modo più completo, il movimento internazionale.*

D'onde articoli dai più vari paesi (molti lavori ci sono giunti dall'Estero), d'onde larga parte data alle Lezioni cliniche *e ad importanti* Riviste sintetiche, *d'onde resoconti di congressi larghi e completi che sono per così dire dei veri atti, sfrondati dalle cose inutili e ridotti alla parte sostanziale; d'onde larghe rubriche d'interessi professionali e sindacali, nonchè articoli di storia della medicina e l'interessante raccolta di notizie, anche dei più lontani centri di studio, per cui in sguardo panoramico e sintetico i nostri lettori possono seguire il complesso movimento nazionale e internazionale.*

La vita della Nazione è tutta permeata e raccolta in disciplinata attività. Ognuno si allinei al suo posto di lavoro per quell'armonia nazionale di produttività, di progresso e di sopraelevazione culturale e fattiva che è nelle alte finalità del Governo.

" **IL POLICLINICO** ,, *è al suo posto con ferrea volontà di lavoro e di progresso, fedele interprete dello spirito che ci anima in momenti di così enorme interesse, perché mai come ora il progresso della Scienza e le sue immediate pratiche applicazioni hanno segnato tanto glorioso ritmo di conquiste e di vittoria.*

LA REDAZIONE.

SOMMARIO.

LEZIONI

R. Clinica Medica Generale dell'Università di Roma.
C. FRUGONI, direttore.

Febbre bottonosa e Sodoku.

LEZIONE CLINICA (1) raccolta dal dott. M. COPPO.

Vi presento oggi due ammalati, affetti da due diverse forme morbose, ma che si prestano, nella discussione delle sindromi che presentano, ad utili raffronti e comparative considerazioni.

Il primo paziente, è un uomo di 42 a., manovale, da Roma.

Nel riassumere la storia, vi dirò che nulla vi è nella sua anamnesi famigliare che possa essere valorizzato nella discussione diagnostica. Così è anche, in breve, dell'anamnesi fisiologica, da cui risulta che egli è stato solo saltuariamente bevitore di vino, fino a 2-3 litri nella giornata, in qualche particolare occasione; fuma circa 15 sigarette al giorno; abita in ambienti umidi, baracche di muratura a un solo piano. Completamente negativa è anche l'anamnesi patologica remota, che non segnala malattie o disturbi di sorta, così come non ricorda lue o altre malattie veneree. Anzi vi specificherò fin d'ora che nulla vi è nella sua storia, che convalidi anche in modo indiretto l'ipotesi, che vedremo dover pur essere prospettata e discussa, di un'infezione luetica.

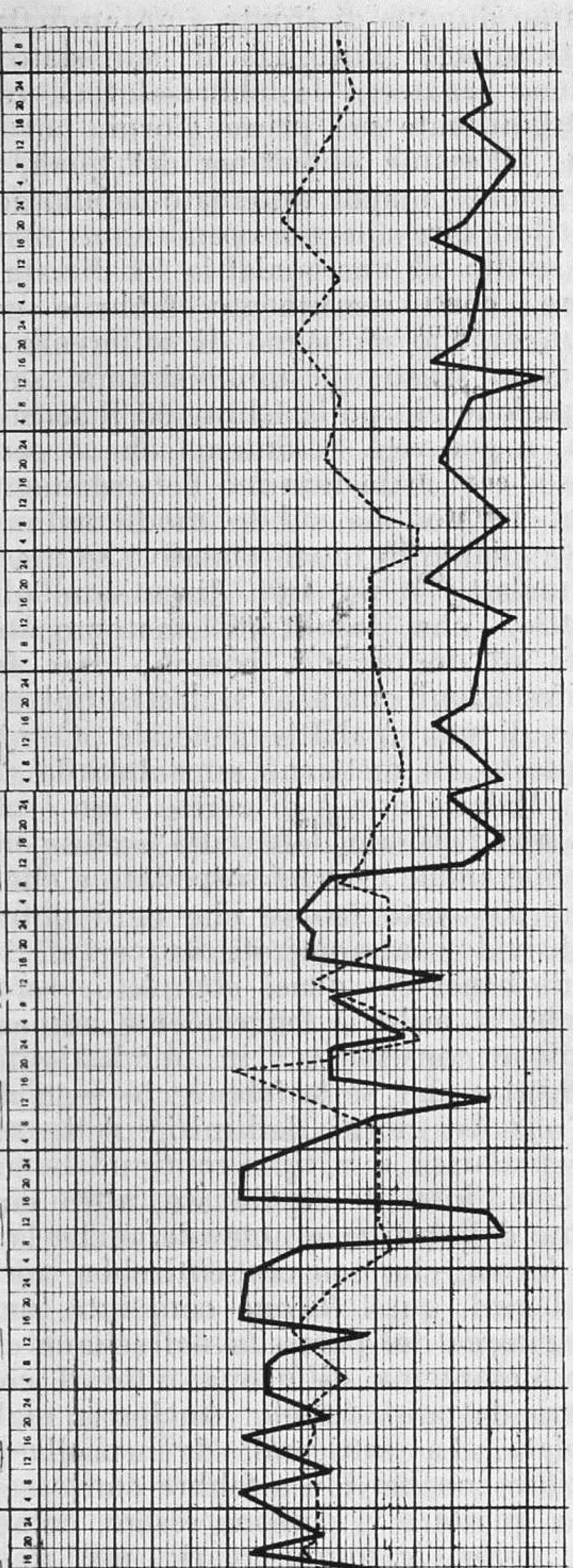
L'anamnesi prossima risale a circa 10 giorni fa. La sera del 24 maggio il paziente, che si era coricato in perfette condizioni soggettive, fu colto durante la notte da brividi di freddo, non però particolarmente intensi, ai quali fece seguito senso di calore, sì che egli ritiene di aver avuto febbre elevata. Non mise il termometro, nè avvertì altre sensazioni anormali; anzi verso il mattino, senza che avesse preceduto sudorazione a denotare la defervescenza, si sentì meglio e si addormentò. Svegliatosi più tardi, si sentì bene e potè compiere le sue abituali occupazioni e lavorare tutta la giornata; ma nella notte successiva la sintomatologia che vi ho descritta e che si può riassumere in modesto brivido e febbre di grado non determinato, si ripetè in pieno e così per altri due o tre giorni, alternandosi notti di malessere e giorni di benessere quasi assoluto. Non perfetto però, perchè nei giorni successivi e pur sentendosi incomparabilmente meglio rispetto alle notti, il p. non si sentì più di continuare il lavoro e tenne il letto.

Finchè il 29 u. s., pure dopo una notte agitata in cui aveva riavuto brivido e febbre, questa verso il mattino non diminuì come sempre aveva fatto nei primi 4-5 giorni, ma si mantenne elevata, e si instaurò decisa sensazione di malattia. Comparvero forte cefalea ed un lieve sopore, per cui il paziente si sentiva intontito, oltre a che una diffusa dolenzia osteoarticolare, particolarmente intensa a carico degli arti inferiori, si aggiungeva al quadro morboso, turbando notevolmente la cenestesi, sì che finalmente indusse il nostro ammalato a chiamare il medico. Questi trovò febbre elevata e milza palpabile. Sembra accertato che non v'erano allora manifestazioni eruttive cutanee evidenti. Di fronte al leggero aumento della milza e all'andamento della febbre, che saliva con brivido ed era intermittente o almeno fortemente remittente, con intercalati periodi di benessere quasi completo, il collega giustamente sopra tutto sospettò malaria e consigliò il ricovero in Clinica, ove il paziente due giorni dopo, e cioè, il 31 maggio veniva accolto.

Le sue condizioni erano all'ingresso corrispondenti alle attuali, poichè l'esame obiettivo, — i cui dati ora vi esporrò, — non ha infatti rilevato in questi tre giorni di degenza comparsa di fatti nuovi o modificazioni dei vecchi. Il nostro ammalato appartiene alla II costituzione morfologica di De Giovanni, ed ha un aspetto corrispondente alla sua età. Il volto non denota sofferenza: il sensorio è lucido ed il p. solo depone di sentirsi un po' stanco, con la testa pesante e confusa quando la temperatura è più elevata. Il respiro è normale di tipo, ritmo e frequenza. Il polso è un po' più raro di quanto comporti la temperatura (74), regolare, eguale, ritmico, leggermente ipoteso. (Pressione 115/75). La temperatura ha avuto, nei tre giorni di nostra osservazione, l'andamento che

(1) Tenuta in Roma il 3 giugno 1934.

la grafica (qui riprodotta però per l'intero decorso) vi mostra (graf. 1).



Grafica 1.

Enorme importanza ha, per bene impostare la discussione clinica del caso, l'esame obiettivo della pelle.

Di colorito bruno-olivastro, bruciata dal sole, la cute presenta al tronco, sia anteriormente che al dorso, al volto, sugli arti, particolarmente sulla faccia estensoria e più agli inferiori che ai superiori, tutta una costellazione di elementi eritemato-papulosi e papulo-nodulari, leggermente rilevati, non pruriginosi nè desquamanti. Ve ne sono diversi anche sulla faccia dorsale dei piedi e delle mani, uno soltanto sulla palma delle mani. È una vera eruzione cutanea che noi constatiamo e se ne osserviamo gli elementi per diascopia, premendo un vetrino porta-oggetti contro la cute, constatiamo che alcuni soltanto di essi scompaiono completamente, altri no; la grandezza è variabile, onde alcuni sono grandi come una capocchia di spillo, altri quanto una lenticchia. In maggioranza, come vedete, non sono emorragici. Solo al polso di destra si vedono due o tre piccole petecchie, puntiformi, ma la grande maggioranza non ha assolutamente carattere petecchiale.

Come sempre, dobbiamo chiederci anzitutto quale parte possa avere avuto il malato stesso nella genesi di queste lesioni cutanee, col grattamento o altro, ma va subito specificato che l'esame obbiettivo non dà nessuna di quelle lesioni superficiali a graffio, a squamette, che si osservano in tale evenienza. E poi, come ho detto, le lesioni non sono pruriginose.

Ed è d'altra parte da escludere che queste lesioni siano dovute alla puntura di ectoparassiti, quali pappataci, zanzare, pediculi, ecc., il cui intervento debbo negare per circostanze anamnestiche, per negatività obiettiva e per il diverso carattere delle lesioni.

L'apparato linfoglandolare, sistematicamente esplorato in tutte le sue stazioni, comprese e particolarmente le ghiandole nucali e cervicali e le epitrocleari, è completamente indenne, dato questo che va sottolineato, accanto alla presenza e ai caratteri dell'eruzione cutanea, perchè anch'esso di primaria importanza.

L'esame obiettivo segmentale, aggiunge pochi dati importanti.

Al capo nulla vi è di particolarmente notevole; il sensorio è integro, la nuca è libera e i nervi cranici normalmente funzionanti. La lingua è umida; un po' impaniata nel mezzo, mentre i margini e la punta sono rosei; non è però la lingua tifosa a voi nota, patinosa, fuligginosa con margini disepitelizzati; la dentatura è in cattive condizioni e vi è gengivite ex incuria di alto grado; le tonsille palatine ed il faringe sono un po' arrossati.

Del tutto negativo è l'esame del collo e del torace, sì che per brevità tralascio di esporre dati negativi.

Vi segnalo soltanto che nulla si ascolta di patologico sui due campi polmonari, e che il cuore, delimitato con la percussione secondo il metodo di Orsi-Grocco, ha diametri normali. L'ascoltazione del cuore esclude la presenza di lesioni endocardiche: i toni sono netti su tutti i focolai. Non vi sono disturbi del ritmo.

L'esame dell'addome dà, come unico fatto degno di rilievo, che il polo superiore della milza in alto si delimita percussoriamente all'VIII spazio intercostale sull'ascellare media; il margine anteriore giunge all'ascellare media, l'inferiore si sente appena, un po' più consistente che di norma, a un centimetro dall'arco nella inspirazione forzatamente profonda; vi specifico che così si sentiva all'ingresso del paziente e che in questi tre giorni nulla è mutato. Non vi è corrispondente tumefazione del fegato, che si percuote in alto nei limiti

normali, e in basso, sull'emiclaveare, non deborda dall'arco costale.

Per quanto riguarda gli arti superiori ed inferiori tutto è normale e l'esame neurologico è del pari completamente negativo. Anche un altro dato negativo va sottolineato: nè durante i giorni che precedettero immediatamente la malattia, nè in questi giorni di letto e febbre, il paziente mai ha avuto disturbi dell'alvo o della funzione gastrica.

Per quanto riguarda gli esami collaterali, poco ho da dire e nulla essi aggiungono di particolarmente importante.

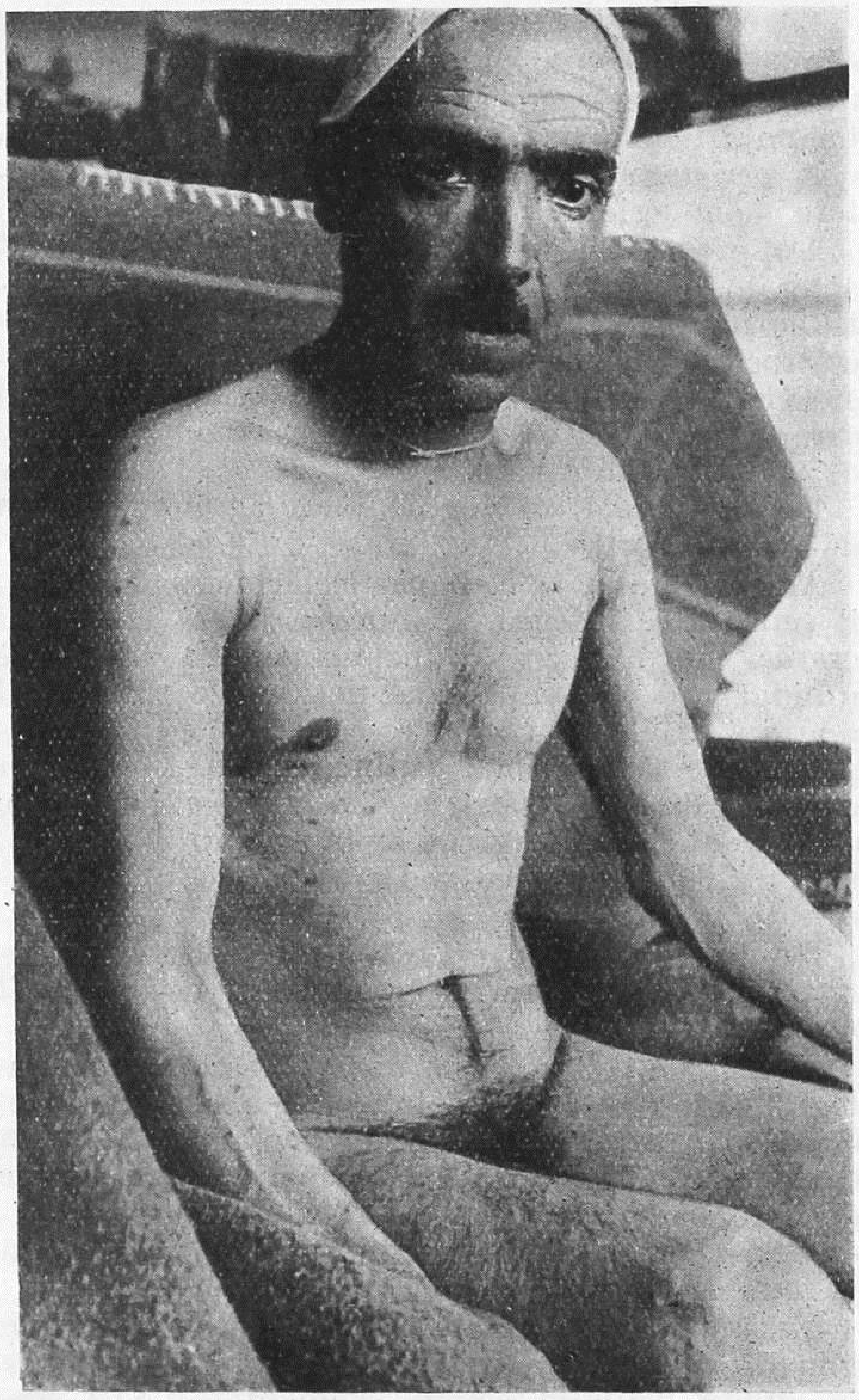
L'esame del sangue dà: Hb 96; globuli rossi 5.020.000; gl. bianchi 5600; v. gl. 0,95; Neutr. 76; Eos. 0; Bas. 0; Mon. 5; Linf. 19.

Nulla alla serie rossa.

Le urine danno, come uniche irregolarità, delle tracce di albumina e rari leucociti nel sedimento. Le reazioni di Wassermann, Kahn e Meinicke sul siero di sangue sono negative e così le sierodiagnosi per il tifo, paratifi, e maltese.

La reazione di Weil e Felix, di agglutinazione col proteo X 19, è pure negativa.

Abbiamo anche eseguito per completezza un



esame radiografico del torace, ma anche questo ha dato risultati totalmente normali.

L'emocultura, tuttora in osservazione, è finora negativa: e pure negativa è stata la ricerca nel sangue del parassita malarico, ripetutamente eseguita.

Siamo dunque di fronte a un ammalato che, sinteticamente, nove giorni fa è stato colpito in pieno benessere da febbre elevata, remittente-intermittente nei primi giorni, poi subcontinua, all'esame obbiettivo del quale si nota un'eruzione cutanea eritemato-papulo-nodulare. Superfluo dire che non penseremo mai in un caso simile ad una malattia localizzata, di un viscere, con risentimento febbrile generale; nessun organo dà segno di sofferenza o parla in questo senso; gli unici sintomi sono stati per qualche giorno la febbre ed il senso di malattia; e poi vi è l'esantema che è generale e diffuso, e vi è un minimo debordamento della milza che non ha subìto modificazioni e che non sappiamo in modo tassativo se preesistente alla malattia o no; non discutiamo quindi le malattie, che localizzate anatomopatologicamente ad un organo, possono dare febbre e manifestazioni cutanee; si tratta qui evidentemente di una malattia generale. Cominciamo tra queste col metterne senz'altro da parte alcune. Malaria non è di certo. Vero è che il p. abita alla periferia della città e che per questo potrebbe anche esserne sospettato e che per tre giorni ha avuto febbre che ogni notte saliva con brivido, intramezzata da periodi intervallari di benessere quasi completo; vero è anche che la milza è leggermente aumentata di volume e consistenza, in modestissimo grado, mentre che, se la febbre che oggi discutiamo, a nove giorni dall'inizio della malattia, fosse malarica e a tipo continuo o subcontinuo con l'inerente significato, altro sarebbe il volume della milza e notevole anche la gravità della forma, che non consentirebbe, ad accurate indagini, quali furono compiute, negatività della ricerca del parassita nel sangue e d'altra parte l'esantema diffuso a tutto il corpo, ci esonera da ogni dubbio. Anche la maltese va ricordata. La setticemia da brucella può cominciare con brivido e febbre con caratteri simili a questa e vi possono essere, come qui ci sono, dolori artro-muscolari; ma l'esantema con questi caratteri non entra nel quadro della maltese.

Quando vi ho illustrato, alcune lezioni fa, un ammalato di maltese, che presentava una sindrome emorragica, vi ho ricordato come nelle setticemie, sopratutto streptococciche e meningococciche ed anche nella maltese, si possano avere manifestazioni cutanee; ma esse sono in genere a tipo emorragico, mentre nella maltese anche possono essere tali da ricordare l'esantema scarlattinoso o quello del morbillo; mentre mai sono a tipo prevalentemente papulo-nodulare come nel nostro caso.

Basterebbero i caratteri dell'esantema a farci escludere la maltese, ma tale esclusione è confermata dalla negatività della agglutinazione, dalla normalità del fegato, che non è in-

fettivamente ingrossato e dalla scarsezza della splenomegalia. Anche la granulia può dare delle manifestazioni cutanee, ed io ne ricordo numerosi casi in cui il quadro era in primo tempo costituito da febbre remittente, ed eruzione; ma questa è per lo più roseoliforme e scarsa e poi sono malati per lo più a precedenti tubercolari; spesso dispnoici, tachicardici o almeno lievemente cianociti. D'altra parte abbiamo fatto la radiografia del torace, che ha escluso qualsiasi lesione respiratoria.

Trovandovi di fronte ad ammalati altamente febbrili, e con manifestazioni cutanee, è mio dovere di didatta di ricordarvi che dovrete pensare sempre anche alla possibilità di emopatie, ad insorgenza acuta, e con manifestazioni emorragiche cutanee, leucemie acute o agranulocitosi ad esempio. Naturalmente appunto il carattere dell'esantema e l'esame del sangue fanno escludere senz'altro in questo caso simili evenienze.

Va posto il problema se il nostro malato possa essere affetto da febbre tifoide o da paratifo, perchè indubbiamente alcuni caratteri possono indirizzarci in questo senso, quando siamo di fronte ad una malattia generale, senza localizzazioni morbose viscerali semeiologicamente evidenti, se con tumefazione splenica e, come il tifo e i paratifi fanno, con manifestazioni cutanee. In tali casi però l'inizio della malattia, pur potendo talora essere brusco e persino con brivido, è in genere piuttosto lento e graduale e gli ammalati hanno abitualmente sensazione di più o meno profondo malessere qualche giorno prima che la febbre elevata li costringa a letto, e la febbre non comincia ordinariamente con brivido e non è nei primi giorni fortemente remittente o intermittente come in questo caso, con sbalzi bruschi tra l'apiressia e le alte temperature. Talvolta, è vero, vengono da noi ammalati di tifo che si presentano alla nostra osservazione con febbri già elevate: ma sono allora per lo più lavoratori che scuotono di dosso, nella dura necessità della quotidiana fatica, i primi segni di sofferenza, ma anche allora è raro che non vi sia più o meno violenta cefalea, grande astenia e non di rado epistassi.

Non darei molto valore al numero dei globuli bianchi, che raggiunge qui una cifra piuttosto bassa, 5600, quale si può trovare all'inizio delle più svariate forme morbose; senza dire che leucopenia e ben più spiccata, si può avere nelle infezioni tifo-paratifiche, nella malaria, maltese, granulia, mentre la formula qui non corrisponde a quella abituale al tifo.

Ma contro la diagnosi di febbre tifoide stanno troppe considerazioni, poichè oltre a quelle già fatte sopra il tipo della curva termica, debbo ancora sottolineare i caratteri dell'eruzione cutanea.

La roseola tifosa non esplode improvvisamente, ma viene a ondate, ciascuna di pochi elementi; compare per lo più solo all'inizio della seconda settimana di malattia; occupa le regioni laterali del torace e dell'addome e non gli arti e poi si tratta di elementi eritematosi, dovuti ad iperemia circoscritta, infiammatoria, del corpo papillare; tanto che gli elementi impallidiscono e scompaiono alla diascopia.

Qui invece siamo di fronte ad un esantema che è comparso tutto d'un tratto, all'inizio della malattia, più fitto agli arti che al tronco e che è costituito di elementi tipicamente papulo-nodulari. In qualche caso di paratifo ricordo di aver veduto elementi eruttivi di questo tipo, ma troppe discordanze vi sono col quadro complessivo della malattia. Non vi fu precedenza di epistassi, non cefalea, nè vi sono disturbi gastrointestinali, nè stato tifoso, nulla insomma che ci richiami al gruppo tifoparatifi, anche dovendosi notare la negatività dell'emocultura e della siero-agglutinazione.

È invece il caso di ritornare ancora — nella discussione preliminare del caso — al gruppo delle setticemie e più che alle sepsi da streptococco o da meningococco, che fra tutte più spesso si accompagnano a manifestazioni cutanee a tipo emorragico, ad una forma particolare di sepsi, che si accompagna pure spesso a speciali manifestazioni cutanee, ma di tipo non francamente emorragico, ma particolare, e talvolta con elementi simili in qualche aspetto, ad alcuni di quelli, che qui vedete. Intendo riferirmi alla endocardite lenta, alla sepsi da *streptococcus viridans*. Il sintoma di Osler, caratteristico della endocardite maligna lenta, consiste appunto, come voi sapete, in una macchiolina rosea, che compare improvvisamente con dolore per lo più alle estremità delle dita, talvolta però anche altrove, e che poi si ingrandisce, assumendo aspetto eritematoso e papuliforme, ma qualche volta anche carattere emorragico e che, avvicinandosi per questo a quelle qui presenti, vi andava ricordato, così come vi ricordo che detto sintoma di Osler fu ritenuto dovuto ad emboli micotici, mentre istologicamente corrisponde, come sapete, a processi di endotelite proliferante dei capillari del derma. Nessuno potrebbe però pensare che qui di endocardite maligna lenta si tratti, non foss'altro perchè non vi è segno alcuno di endocardite e l'emocultura è negativa, e perchè non figura nel nostro paziente alcun precedente storico o attualità di una endocardite o reumatica o luetica o d'altra natura, che costituisce nella maggioranza (sarei anzi tentato a dire nella quasi totalità) dei casi la base su cui si impianta poi lo *streptococcus viridans* e perchè manca vera splenomegalia.

E allora, se nessuna delle forme di malattie generali con manifestazioni cutanee finora ricordate può qui essere ammessa, anche perchè l'esantema ha qui caratteri dermatologici che in nessuna di esse si osservano, tenendo come punto fermo trattarsi di esantema maculo-papulo-nodulare e di decorso febbrile coi caratteri che vedete, a che altro dobbiamo pensare?

Dobbiamo intanto non dimenticare la set-

ticemia luetica, da spirocheta pallida e cioè quei casi, nei quali dalla lesione primaria la spirocheta passa in circolo in tal numero e condizioni, da costituire clinicamente uno stato di vera setticemia. Si hanno allora alte febbri, e comparsa, a documentare la generalizzazione della malattia, di sifilodermi maculo-papulosi e papulo-nodulari, in numero anche notevole, variamente distribuiti, che prediligono però la fronte ed il tronco, quasi mai — specie il sifiloderma maculoso — sul dorso delle mani e dei piedi. Caratteristico ne è, come sapete, il colorito carne di prosciutto, rosso rame.

Lo stato generale è variabilmente compromesso, ma non vi è, come non vi è nel nostro malato, stato tifoso vero e proprio. Vi è tumore modesto di milza e di fegato e compromissione generalizzata di tutto il sistema linfatico. Frequentemente i pazienti si lagnano di dolori osteoarticolari e presentano lesioni luetiche periostee acute. Una costante e penosa cefalea completa il quadro. All'inizio di quest'anno ne avemmo in Clinica un caso estremamente interessante, che molti di voi certo ricordano. Si trattava di un uomo di 28 anni, che 50 giorni prima dell'ingresso in Clinica aveva presentato, senza prodromi, brivido intenso e febbre a 39°; la febbre aveva continuato elevata per 7-8 giorni a tipo subcontinuo; e dopo qualche giorno di apiressia, era ricomparsa intermittente, con elevazione notturna seguita da abbondante sudorazione. Fu allora constatata milza grossa, il p. accusava dolore alle spalle, prima all'una e poi all'altra, e in trentesima giornata circa di malattia iniziarono cefalee violentissime, specie notturne; comparve succulenza dei tessuti molli della fronte e della regione parietale d. che si fecero estremamente dolorosi alla palpazione. Poco dopo le ghiandole nucali, laterocervicali, epitrocleari ed ascellari cominciarono a tumefarsi notevolmente e comparve un'eruzione cutanea maculopapulosa, non emorragica, prevalentemente localizzata al tronco e alla fronte.

Noi trovammo, all'esame obbiettivo, tumefazione universale delle ghiandole, milza e fegato grossi. Inoltre, e bisogna sempre pensarci ed esaminare attentamente in casi simili, una piccola lesione circinata, indolente, non completamente cicatrizzata, al solco balanoprepuziale, che non aveva mai richiamato l'attenzione dell'ammalato.

La diagnosi di setticemia da spirocheta pallida fu confermata dalla positività completa delle reazioni sierologiche (R. di Wassermann, di Meinicke e di Kahn), dal giudizio dello specialista e dal pronto successo della terapia arsenobenzolica. E io vi ho ricordato il caso perchè tipico e perchè resti bene impresso nella memoria anche di chi fra voi non l'avesse osservato e visto in sala, onde possiate riconoscere tempestivamente la forma, e direttamente ed energicamente aggredirla.

Nel caso attuale però essa va esclusa, perchè se sovrapponete il quadro che vi ho ricordato, a questo che avete dinanzi, vedete subito quante troppe discordanze vi siano.

A prescindere dall'elemento tassativo — Wassermann e collaterali reazioni negative — e dal non esservi alcuna lesione che possa essere sospettata per sifiloma primitivo, la sede ed il colore del'esantema, l'assenza di compromissione linfatica, tutto ci porta ad escludere con sicurezza che qui si tratti di setticemia spirochetica da spirocheta di Schaudinn. Nel campo delle spirochetosi, vi è invece un'altra malattia, che si presenta con febbre elevata e manifestazioni cutanee, malattia non eccezionalmente rara, e pure raramente riconosciuta, ed importante a conoscersi perchè, se rettamente diagnosticata, essa pure cede rapidamente alla terapia salvarsanica, mentre può molto a lungo protrarsi se misconosciuta ed incongruamente trattata. Mi riferisco al Sodoku (dalle parole giapponesi so = topo e doku = veleno), che vuol dire malattia da morso di topo. È perciò, che se anche non di esso si tratta nel caso che stiamo discutendo, desidero di parlarvene un po' a lungo per inciso, cogliendo così l'occasione per presentarvene un caso tipico, che è in questi giorni in Clinica e che spero vi resterà definitivamente impresso.

Si tratta di quest'altro malato: un bimbo di 7 a., che contemporaneamente vi presento.

Dieci giorni fa, mentre giocava in un prato poco lontano dalla sua casa, vide tra l'erba una bestiola, un po' più piccola di un topo di chiavica, di vello marrone scuro, che sembra esser stata una donnola. Cercò di afferrarla, ma ne ricevette un morso in corrispondenza del dorso della mano destra, a livello approssimativamente dell'articolazione metacarpofalangea del V dito.

La madre accorsa, medicò la ferita con alcool, e dopo 3-4 giorni tutto sembrò finito e la lesione guarita, non residuando che una crosticina al punto del morso.

Otto giorni dopo però, il bimbo veniva colto da febbre elevata, 39°,4, e da dolori osteo-articolari diffusi, e da una brusca ricomparsa di fenomeni ulcero-flogistici nella sede del morso che già sembrava riparato, ed il medico che venne chiamato, intuendo il rapporto causale tra il morso ricevuto otto giorni prima e la comparsa della febbre, consigliò il ricovero in Clinica.

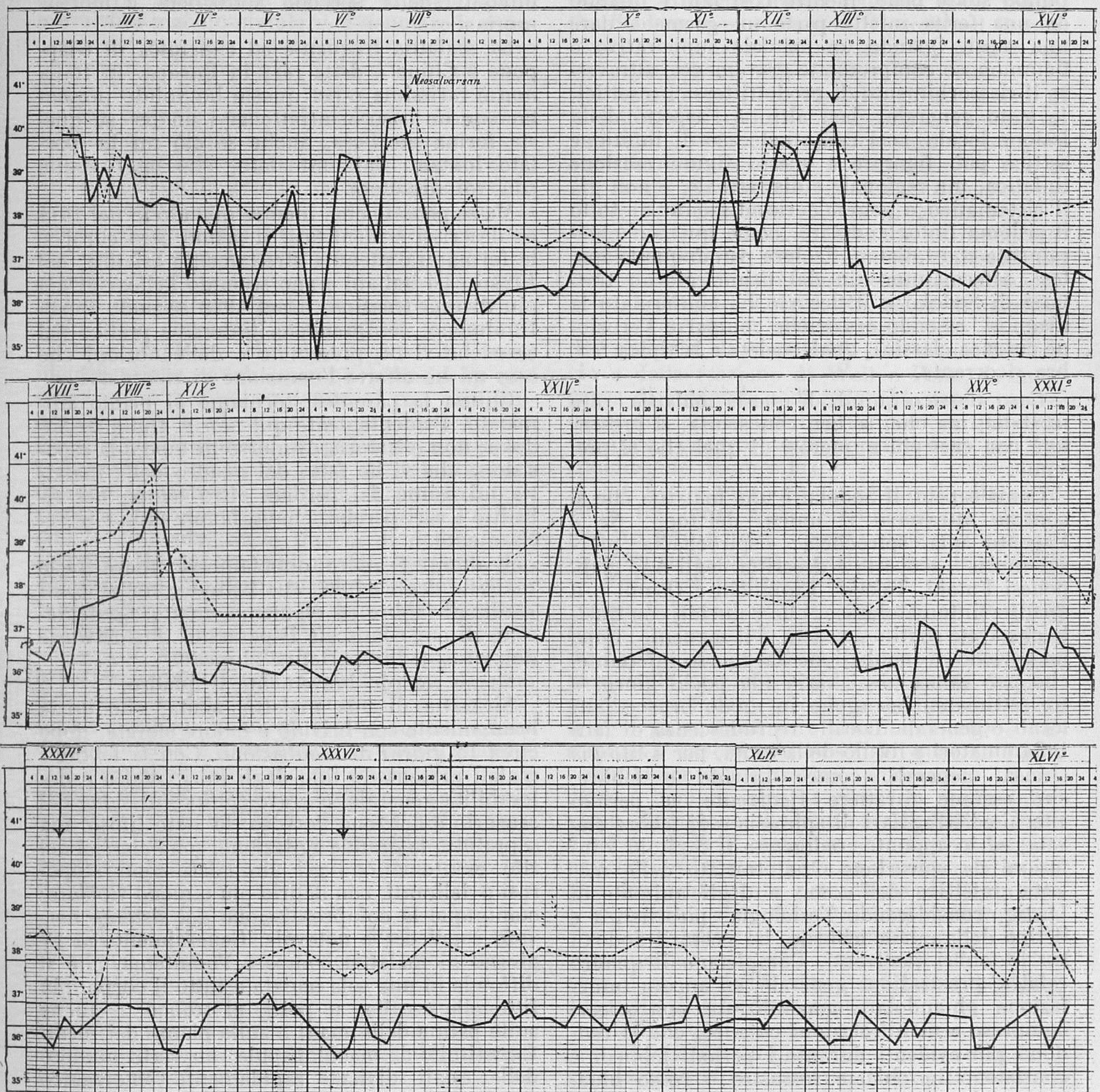
E noi ricevemmo un bimbo di colorito pallido, altamente febbrile, con occhi infossati, e aspetto di grave malessere. L'esame obbiettivo dava lieve tumefazione delle ghiandole linfatiche cervicali, ascellari, inguinali ed epitrocleari di ambo i lati; le epitrocleari di d. erano e sono patologicamente più alterate di quelle di sinistra: grosse quanto una nocciola, dolentissime al tatto. Il dorso della mano destra è tumefatto, infiltrato e in esso si osserva, là dove il bimbo ricevette il morso, una soluzione di continuo, una piccola ferita (lunga mm. 15) con margini infiltrati, di aspetto lardaceo, dolentissima.

Abbiamo cercato se vi sia presenza eventuale di

strie linfangitiche: nessuna. Con la pressione non esce quasi dalla ferita secrezione alcuna, nè si dimostra edema dell'avambraccio.

Il chirurgo da noi chiamato per maggior sicurezza, pur avendo io posto diagnosi di Sodoku, ha escluso che si tratti di un ascesso o di un flemmone e che la lesione in atto possa giustificare lo stato generale grave e la febbre. La milza e il fegato non sono ingrossati. Gli esami collaterali danno: leucocitosi (19.000) con formula normale; pressione 100/50 e nelle urine tracce minime di albumina. Emocoltura e sieroreazioni negative; negativa la ricerca di spirochete nella scarsissima secrezione della lesione della mano.

Nei giorni di ricovero in Clinica abbiamo raccolto ancora i seguenti dati: presenta febbre intermittente con massimi serali quotidiani di 38°7'-40°5': la febbre non si accompagna a brivido nella fase di incremento, nè a sudori profusi durante la defervescenza, è tipicamente ricorrente (vedi graf. 2). Dopo 5 giorni dall'ingresso, circa 15 giorni dopo il morso, il bimbo ha presentato a carico dell'avambraccio destro delle manifestazioni cutanee, strettamente limitate alla cute del braccio stesso e più fitte alla superficie estensoria, a tipo eritemato-nodulare. Di fronte a que-



GRAFICA 2.

sta storia e questa obbiettività, non c'erano che due ipotesi diagnostiche: o una ferita infetta con sepsi secondaria, o Sodoku. Ma contro la prima ipotesi, oltre al tassativo giudizio chirurgico e nostro sui caratteri non settici della ferita, sta il fatto anamnestico che la ferita si richiuse in 2-3 giorni e che poi il bimbo stette bene, mentre così non è quando da una ferita infetta parte un germe a dare una sepsi. Quando un focolaio suppurativo o flemmonoso compromette gravemente, attraverso il riassorbimento di prodotti tossici o settici, lo stato generale, ben altro è l'aspetto della lesione locale, così come nel caso di infezione settica può figurare e spesso figura reazione linfatica, ma regionale e distrettuale, e non già il sistematico e generale risentimento di tutto il sistema linfoglandolare, come qui ben chiaramente constatiamo. Esclusa perciò questa ipotesi, affermammo fin dal primo giorno trattarsi di Sodoku e il decorso ha confermato la diagnosi, essendo ora anche comparse l'eruzione cutanea classica, quale vedete e la tipica febbre ricorrente.

Caso classico quindi di questa malattia, rara in Italia, ma che, se ben conosciuta, si presenterà con casi più numerosi di quel che si presume.

Come sapete, il Sodoku è una malattia che si contrae attraverso il morso del topo. Ne è l'agente una spirocheta: « spirochaeta morsus muris » scoperta e descritta degli AA. giapponesi Futaki, Takaki, Taniguchi e Osumi e il quadro sintomatologico, che coincide con quello che avete sentito e vedete, è il seguente: dopo un periodo di incubazione dal morso infettante, che può essere assai vario (da pochi giorni a tre settimane, insorgono in modo brusco fatti locali e generali. Locali: recrudescenza di fatti infiammatori a livello della ferita, per solito già chiusa; generali, come: brivido e febbre, che assume carattere ricorrente, a periodi alterni ed irregolari di apiressia e di febbre elevata; ed io appunto, redigendo il capitolo « infezioni da spirochete » nel trattato delle malattie infettive dell'uomo e degli animali di Lustig, considerando l'eziologia spirochetica e il tipo della curva febbrile, ho posto il Sodoku tra le febbri ricorrenti. Completano il quadro cefalea, prostrazione generale, ed ancora tumefazione ghiandolare generalizzata, epitrocleari comprese e manifestazioni cutanee, che si rendono più evidenti durante i periodi febbrili e consistono in chiazze rossastre o rosso bluastre, calde, più o meno dolenti, leggermente rilevate, infiltrate, impallidenti sotto la pressione, di grandezza varia da una moneta da cinque a una da due lire, irregolarmente distribuite agli arti e al tronco, ben studiate in specie da Martinotti. La durata della malattia è varia, da 1-2 accessi fino anche, come in un caso da me osservato, a 1-2 anni. La prognosi varia a seconda dei vari paesi; grave per alte mortalità in China e Giappone, ma (come per la spirochetosi ittero-emorragica), relativamente mite da noi e tanto più ora, da quando è noto che il trattamento endovenoso di neosalvarsan, a dosi medie, tronca abitualmente la malattia.

Non solo il topo la trasmette, ma anche altri animali, come gatto, donnola, scoiattolo, e naturalmente non tutti i topi, ma solo quelli infettati della speciale spirocheta « morsus muris »

La malattia frequente ed endemica in Giappone e China è detta rara in Europa. In Italia non è rarissima e per questo ho voluto presentarvene un caso e intrattenervi un po' su questa forma morbosa, anche se ciò mi ha portato lontano dall'ammalato, che oggi voglio con voi discutere.

Ma se pensate che, mentre quando io nel 1911 ne descrissi e identificai il primo caso europeo la forma era ritenuta strettamente asiatica, nel 1923 i casi italiani erano secondo Pellegrini già più di una trentina, e nel 1928 secondo Burbi 76 almeno, comprendete l'interesse pratico del caso che vi ho presentato e delle nozioni che esso mi ha offerto l'occasione di ricordarvi.

Chiusa la parentesi torniamo al primo ammalato. Evidentemente qui non si tratta di Sodoku; non c'è storia di morso di topo e la esposizione che vi ho fatto del quadro della malattia mi esime dal perdere altro tempo nel ribadire i vari perchè, che lo fanno escludere recisamente.

E allora? E allora, dobbiamo ricordare fra le malattie degli adulti, che hanno come sintomi cardinali febbre ed esantema, il *tifo esantematico*, di cui conoscete il parassita trasmettitore del virus e l'importanza clinica.

Ve ne ricordo brevemente il quadro.

Si tratta di una malattia acuta, che inizia bruscamente con brivido e febbre elevata, dopo circa 15 giorni di incubazione. Con la febbre i malati presentano fino dagli inizi cefalea e dolorabilità generale, e grave compromissione del sensorio e del tono nervoso; lo stato tifoso, ma sopratutto la grande agitazione, sono classici del tifo esantematico: gli ammalati sono stuporosi o deliranti, con delirio più o meno violento· comunque la compromissione del sistema nervoso è precoce e notevole. Generalmente al IV giorno di malattia compare l'esantema, che si diffonde in una sola ondata a tutto il corpo, più fitto alle ascelle, ai polsi, al tronco, o anche sulle palme delle mani e sulle piante dei piedi. È costituito da maculopapule, un certo numero delle quali diviene rapidamente emorragico (petecchie) a costituire l'esantema petecchiale caratteristico della malattia.

L'aspetto dell'ammalato si fa settico e nei casi gravi si ha l'obitus verso il X giorno, con percentuale varia tra il 10 e il 50 % nelle varie epidemie. Nei casi favorevoli la guarigione interviene dopo circa 15 giorni di malattia, rapidamente.

Dato che questo è il quadro generale, occorre vedere se in esso si può inquadrare il nostro

caso. Evidentemente no. Intanto il tifo esantematico è una malattia a diffusione epidemica e ora qui non vi è epidemia. E poi, se la curva termica può essere agli inizi quella che abbiamo davanti, l'esantema che dopo 1-3 giorni dall'eruzione è nel tifo esantematico quasi universalmente o in buona parte emorragico, è qui in IX^a giornata di malattia in grandissima prevalenza maculo-nodulare, a denotare la mancanza del carattere petecchiale di così decisiva importanza diagnostica. E non vi è nel caso nostro leucocitosi, che è invece nel tifo esantematico costante, con polinucleosi nella prima settimana e mononucleosi poi, a costituire sintoma importante e precoce, qui negativo. E un altro dato di grande valore diagnostico in favore del tifo esantematico ci manca: ed è la compromissione del sistema nervoso; chi, come me, durante la guerra ha fatto una triste esperienza in questo campo, ricorda il quadro tipico, costituito dalla triade febbre-petecchie-stato tifoso con agitazione e delirio, a costituire un complesso sintomatologico di facile identificazione, anche perchè essendo la malattia, come vi dissi, epidemica, i casi compaiono a gruppi, rendendo allora più facile la diagnosi. Qui il sensorio si può dire non compromesso; a parte un po' di intontimento quando la febbre è più alta, il paziente è orientato, pronto, vigile, attento a sè e a ciò che lo circonda, senza traccia di delirio o di stupore. Ma ancora, nel nostro caso il segno del laccio è negativo, mentre che nel tifo esantematico esso è per lo più costantemente positivo e lo ha dimostrato nel 1919 il mio aiuto prof. Ancona, che lo ha studiato su vasta casistica, concludendo appunto che il segno del laccio è nel tifo esantematico costantemente positivo, in modo rapido e netto quando l'esantema è petecchiale e anche quando, non essendosi fatto ancora emorragico, è di aspetto maculo-papuloso. Positivo è anche, secondo Ancona, nell'80 % dei casi, nei soggetti in cui l'esantema è in via di affievolimento, essendosi raggiunto lo stadio delle macchie residuali (1).

Il segno del laccio, che io ho descritto con Giugni nel 1911 (2) e che Micheli e altri chiamano col mio nome, denota uno stato di vera fragilità vasale, e ha in questi casi un notevole valore diagnostico, specie quando la sintomatologia è molto incompleta. Nè deve sorprendere la sua positività nel tifo esantematico, essendo noto da Fraenkel in poi che a base istopatologica della petecchia tifosa stanno alterazioni delle arteriole e dei capillari cutanei, consistenti in endotelite desquamativa, infiltrazione della parete vasale ecc.

Anche il laboratorio ci dà un elemento importante a convalidare e definitivamente confermare che qui non si tratta di tifo esantematico.

Infatti la reazione di Weil e Felix è qui negativa. Voi sapete che il siero degli ammalati di tifo esantematico contiene delle agglutinine per un germe del gruppo dei protei — il ceppo proteo X 19 particolarmente — pur non essendo ritenuto questo l'agente della malattia, Sebbene non siano noti il perchè ed il meccanismo del fatto, la reazione ha grande valore, perchè nel tifo esantematico essa è costantemente positiva fino dai primi giorni di malattia. Ora qui in IX^a giornata, è negativa.

Quindi il tifo esantematico vero è escluso e a confermare, sia pure indirettamente, tale esclusione, sta anche il fatto che il nostro paziente non presenta traccia di grattamento e che nè lui, nè i suoi indumenti, nè il suo ambiente di vita si sono dimostrati infestati dal pidocchio dei vestiti, che costituisce, come sapete, il vettore del virus. Ma, se per il carattere non emorragico dell'esantema, la integrità del sensorio, la negatività del segno del laccio e della reazione di Weil e Felix, la mancanza di epidemia e di pidocchi, neghiamo recisamente che si tratti di un caso di tifo esantematico, occorre tuttavia addivenire ad una conclusione diagnostica.

Due forme morbose ci restano da discutere, affini tra loro nella sintomatologia clinica, che tra loro hanno rapporti etiologici e di patogenesi non ancora chiariti e cioè la *malattia di Brill* e la *febbre bottonosa*.

Cominciamo con la malattia di Brill. Si tratta, in breve, di una malattia denominata da Brill « tifo endemico benigno », che compare nella stagione calda, iniziando bruscamente con febbre preceduta da brivido. Verso il 3°-4° giorno compare l'esantema, che è disseminato, maculo-papuloso, in qualche punto costantemente infiltrativo, emorragico. Il decorso è benigno e in 14 giorni in media interviene guarigione. La reazione di Weil e Felix è nel m. di Brill costantemente e precocemente positiva. In base a questa osservazione, al carattere frequentemente petecchiale dell'esantema e sopratutto alla dimostrazione sperimentale che la malattia lascia immunità verso il tifo esantematico vero, si è oggi d'accordo nel ritenere il m. di Brill come una forma benigna, attenuata di tifo esantematico.

Infatti « tifo esantematico endemico benigno » lo ha denominato il mio assistente Longo, descrivendone un caso tipico. Il carattere estivo, la benignità della prognosi, la non contagiosità dei casi, dati tutti che differenziano il Brill dal tifo esantematico vero, sarebbero in rapporto con modificazioni del virus comune, inerenti alla diversità del serbatoio del virus stesso e dell'agente trasmettitore. Che nel nostro caso si tratti clinicamente di malattia di Brill non direi. Dico clinicamente per lasciare impregiudicata, per ora, almeno,

(1) Riv. Crit. di Clin. Med., 1919.
(2) FRUGONI-GIUGNI. La semaine médicale, 1911.

la questione dei rapporti tra Brill e febbre bottonosa, rapporti sui quali l'opinione degli studiosi è oggi discorde. Ma, clinicamente, il nostro paziente non è da ritenersi affetto da morbo di Brill per due ragioni: 1°) ha presentato un esantema, che è in assoluta prevalenza papulo-nodulare e scarsissimamente (uno-due elementi) petecchiale; ora se l'esantema del Brill ricorda con maggiore o minore approssimazione secondo i casi e gli AA., quello del tifo esantematico, nel nostro paziente è come dicemmo, totalmente diverso; 2°) la reazione di Weil e Felix è negativa. Ora è appunto sulla presenza di questi due caratteri: esantema in buona parte emorragico, a tipo petecchiale e reazione di Weil e Felix precocemente positiva, che si basa la differenziazione clinica del Brill dalla febbre bottonosa; e ricordo i lavori importanti, da questo punto di vista, di Carducci, Conseil e Longo. Mancando nel nostro caso e l'uno e l'altro dato, di morbo di Brill non possiamo parlare e dobbiamo accettare invece la diagnosi di *febbre bottonosa*. Si tratta di una malattia cui da non molti anni è rivolta l'attenzione degli studiosi e che, come sapete, è stata successivamente descritta in focolai lungo tutte le rive del Mediterraneo, fino alle coste europee dell'Atlantico, nel Portogallo e a Casa Blanca. Malattia particolarmente interessante per noi perchè in Italia riconosciuta, individuata e descritta per primo da Carducci, in base a precise osservazioni cliniche, del tutto indipendentemente dalle osservazioni e conclusioni di Conor e Bruch, che avevano isolato la malattia a Tunisi nel 1910. col nome appunto di febbre bottonosa. Ed anche perchè larghi contributi clinici e sperimentali altri AA. pure di Scuola Romana, vi hanno portato, per opera particolarmente di Pecori e degli allievi di Vernoni. Carducci, sulla base di 15 casi accuratamente studiati, la descrisse nel 1920, sotto il nome di febbre eruttiva, mentre Pecori la chiamò, per importanti considerazioni, che vi riassumerò, dermotifo estivo non diffusibile. Nei varî paesi ove fu descritta, altri nomi le furono dati: febbre di Marsiglia, febbre escaro-nodulare, febbre esantematica estiva del Marocco, febbre di Tunisi ecc., e io ve li ho ricordati unicamente perchè sappiate che tutti corrispondono, come è ormai accertato, ad un'unica forma morbosa, che è poi la febbre eruttiva di Carducci, e che il Congresso internazionale di Igiene Mediterranea propose nel 1932 di unificare tassinomicamente con la qualifica di *febbre bottonosa*, perchè sotto tal nome individuata e descritta per la prima volta nel 1910 da Conor e Bruch.

Il quadro clinico ne è il seguente: malattia tipicamente estiva, e relativamente frequente in tutto il bacino Mediterraneo e, per quanto ci riguarda, qui a Roma, dove io già ne ricordo numerosi casi; e chi di voi frequenta la Clinica ne ha veduto e certo ricorda un caso tipico, da me ricoverato l'anno scorso, nel quale la presenza delle « tache noire » rendeva la sintomatologia più completa che non nel malato che abbiamo davanti.

Dopo brevi prodromi, la malattia si inizia bruscamente con febbre elevata, che sale spesso, non sempre, con brivido; la febbre ha decorso abitualmente continuo-remittente, dura 14 giorni in media e finisce per crisi o rapida lisi, segnando così la fine dello stato di malattia.

Nei primi due o tre giorni gli altri sintomi sono poco caratteristici: cefalea, senso di spossatezza; e sono si può dire costanti dolenzie diffuse osteoarticolari, di solito più marcate agli arti inferiori. Inoltre fin dall'inizio può essere presente una lesione necrotica, di grandezza variabile (fino anche a 1-2 cm. di diametro), che corrisponde alla puntura della zecca, vettrice del virus, come appresso vi dirò. Questo segno, detto « tache noire » da Boinet, l'A. francese che primo lo descrisse, ha, quando è presente, grande valore diagnostico. Talvolta il paziente avverte la puntura della zecca; in qualche caso sulla macchia nera il paziente ha sorpreso la zecca ancora attaccata. Io ricordo un caso, veduto qui a Roma, due anni fa, in cui la presenza della macchia nera in una paziente che aveva febbre elevata e modesta eruzione maculo-nodulare, la fece facilmente identificare per febbre bottonosa; dall'anamnesi risultò che l'anno prima altri due ammalati vi erano stati in quella famiglia, del tutto uguali a quello caduto sotto la mia osservazione e passati indiagnosticati; le indagini da me ordinate dimostrarono che i tre cani di casa erano straordinariamente pieni di zecche.

Macchia nera, lesione dell'inoculazione diretta, che però non è affatto costante; frequente e preziosa però quando c'è; e per questo vi ho ricordato il caso, perchè voi, di fronte a sindromi simili e dubbie, la cerchiate sempre.

Fra il 3°-4° giorno di malattia compare l'esantema, che, con la febbre, costituisce l'altro sintomo fondamentale. Esso è costituito da macule rosse, che diventano poi in gran parte papule e noduli; esplode in un'unica ondata, contemporaneamente sul tronco e sugli arti, particolarmente fitto alla faccia estensoria degli inferiori. Per solito non è emorragico, non ha carattere petecchiale, ma come vi ho detto, papulo-nodulare. Secondo Pecori, che ne raccolse più di 100 casi, si può osservare la trasformazione in petecchie di un numero vario, da caso a caso, di elementi, e più spesso di quelli che sono sugli arti.

Le condizioni generali sono in complesso relativamente buone, febbre ed esantema costituendo gli unici sintomi; il sensorio è integro; in qualche caso, però, Pecori ha veduto stato stuporoso, ciò che è tuttavia eccezionale. Non vi è splenomegalia nè leucocitosi. Il segno del laccio, negativo secondo Carducci, è,

secondo Pecori, positivo in alcuni casi, nella I e II settimana di malattia.

Questo il quadro clinico; tra i dati di laboratorio più significativi ricordo il comportamento della reazione di Weil e Felix. Questa, che fino a non molti anni fa si riteneva essere costantemente negativa nella febbre eruttiva, si è veduta, per merito principalmente di Pecori, comportarsi in modo particolare: essa, cioè, è costantemente negativa fino circa al 15° giorno di malattia; si fa poi in generale positiva e raggiunge i più alti titoli tra il 20°-25° giorno dall'inizio, per rimanere tale per 1-2 mesi al massimo.

Mai fu vista positiva prima dell'11° giorno di decorso. Nè può dirsi obbligatoriamente positiva, come è nel tifo esantematico e nel morbo di Brill. Pecori che la cercò in 65 dei suoi casi, la vide positiva in 46; elemento prezioso quindi per la diagnosi retrospettiva e sopratutto perchè documenta l'esistenza di stretti rapporti fra febbre bottonosa e tifo esantematico vero; ma valore diagnostico di conferma soltanto. La prognosi è nella grande maggioranza dei casi fausta. Dei 101 di Pecori solo 3 finirono con l'exitus, in soggetti particolarmente defedati.

Se questo ne è il quadro clinico, quale l'etiologia e la patogenesi?

L'etiologia non è bene precisata, nel senso che non è sicuramente noto l'agente etiologico, come del resto non è nemmeno sicuramente identificato l'agente etiologico del tifo esantematico. Sebbene molti, come dice Pontano, ritengano che la Rickettsia sia il virus del tifo esantematico, finora la dimostrazione scientificamente sicura non sarebbe stata data.

Per quanto riguarda la febbre eruttiva è riuscito a due allievi di Vernoni, Reitano e Boncinelli, di ritrovare la Rickettsia in cavie inoculate con virus di zecche infette, sangue di cani, e di ammalati di febbre eruttiva; e ciò è molto importante, anche per la questione che poi vi riferirò, dei rapporti tra febbre esantematica e febbre eruttiva. Non basta però a dimostrare che la Rickettsia è l'agente della febbre eruttiva e gli autori stessi, giustamente, concludono con riserva. Sicuramente noto è invece l'agente trasmettitore della malattia, che è la zecca del cane, che infetta l'uomo abitualmente per puntura. Anche le feci delle zecche sono infettanti e quindi lesioni da grattamento là ove è stata la zecca, facilitano l'infezione, analogamente a quanto avviene con le feci, pure infettanti, del pidocchio dei vestiti nel tifo esantematico. Reitano e Boncinelli hanno riprodotto nell'uomo la sindrome tipica, iniettando il virus della zecca, o cervello di animale infettato con poltiglia di zecca.

Per quanto riguarda il serbatoio del virus, gli stessi AA. hanno trovato positiva la reazione di Weil e Felix in buona percentuale dei cani delle zone eccentriche di Roma.

Tutta una serie di fatti sperimentali questa che, posta accanto alle osservazioni cliniche, ha permesso conclusioni chiarificatrici, spiegando come dal cane, serbatoio del virus, la zecca, ospite intermedio, lo porti all'uomo; è chiarita così la estività della malattia in rapporto col ciclo vitale della zecca, l'importanza già stabilita clinicamente della presenza di cani nell'ambiente di vita degli infermi, e la non contagiosità e scarsa diffusibilità.

Se questo è il quadro clinico e questo il modo di trasmissione della febbre bottonosa, ne è il nostro paziente sicuramente affetto?

In Clinica quasi non esistono diagnosi di cui si possa essere assolutamente sicuri cento per cento. Però, in questo caso, la diagnosi di febbre bottonosa è ovvia. Il nostro malato ha avuto febbre con brivido, e dopo 2-3 giorni eruzione cutanea tipicamente papulo-nodulare; il sensorio è praticamente integro e l'unica sofferenza del malato è data da dolenzie osteoarticolari particolarmente agli arti inferiori: non vi è leucocitosi, ma un leggero aumento della milza, che per altro potrebbe anche esser preesistente. Clinicamente il quadro coincide quindi con quello che vi ho tracciato. E poi nessun'altra diagnosi potremmo fare, come ho cercato di dimostrarvi con la lunga discussione preliminare. La negatività dell'emocultura e delle sieroreazioni, quella di Weil e Felix compresa (data l'epoca della malattia in cui siamo) confermano; la agglutinazione del proteo X 19 se sarà positiva, e non è detto che lo debba essere, perchè nella febbre eruttiva non lo è affatto costantemente, comparirà oltre l'11°-13° giorno di malattia, e sarà netta verso il 20°, come già vi dissi. Oggi siamo in IX^a giornata, è quindi troppo presto e la sua negatività serve solo a farci escludere il tifo esantematico vero ed il morbo di Brill. Ci manca qui la « tache noire ». Ma la sua presenza non è tassativa. Si dice che manchi in un terzo circa dei casi ed è facile comprendere che non tutti gli individui reagiscano egualmente, nel punto d'entrata del virus; si può prospettare una diversa reattività ai prodotti di inoculazione, reattività che solo qualche volta è tale da produrre l'escara, la necrosi.

Quindi tutto sommato, nulla osta nel nostro caso alla diagnosi di febbre eruttiva e nessuna altra diagnosi vi potremmo sostituire; il che c' autorizza ad affermarla.

Il paziente non tiene cani in casa; ma non gli è mancata per questo la possibilità di infettarsi. È noto che le zecche si possono trovare transitoriamente anche fuori del cane: ad esempio sui muri esterni delle case. Il nostro paziente abita una baracca in muratura alla periferia della città; niente di più probabile quindi che egli abbia ricevuto dal muro la zecca che lo ha infettato.

Un'ultima questione dobbiamo affrontare di ordine generale e cioè quella dei suoi rapporti col tifo esantematico vero. In altri termini, a parte la ragione storica e di rispetto agli sco-

pritori della malattia, è giusto dire febbre bottonosa o febbre eruttiva o non si dovrebbe piuttosto chiamarla col Pecori « dermotifo estivo benigno » a significare un'identità sostanziale, di natura, col tifo esantematico vero, pure in diversità di aspetto clinico? In altri termini, il problema è questo: la febbre bottonosa eruttiva ed il tifo esantematico, sono due forme di una stessa malattia, sostenute da uno stesso virus, nell'un dei casi attenuato o modificato per diversità di ospite intermedio, o si tratta invece di due entità morbose del tutto indipendenti? Vi premetto che non vi è accordo in argomento, avendo l'uno e l'altro modo di vedere illustri sostenitori. Nè io, per ora, mi schiererò dall'una o dall'altra parte, ma in funzione didattica vi esporrò brevemente ed obbiettivamente i termini del problema, ricordando gli argomenti più importanti in favore dell'uno o dell'altro giudizio.

La questione è in questi termini: si è d'accordo nell'unire in un unico gruppo il tifo esantematico ed il morbo di Brill. Ed anche vi è accordo nell'unire in un altro gruppo le febbri esantematiche del bacino del Mediterraneo e forse anche altre febbri esantematiche extra-europee (delle montagne Rocciose, febbre fluviale del Giappone, febbre di Dehli, ecc.), che hanno con le mediterranee moltissime corrispondenze cliniche.

L'identificazione del Brill con una forma attenuata estiva di tifo esantematico è stata fatta sopratutto sulla base della presenza in entrambe le malattie di reazione di Weil e Felix positiva precocemente, sulla possibilità di trasmissione all'animale di esperimento di entrambe le malattie, sull'osservazione che la scimmia che ha avuto il m. di Brill, è immune al tifo esantematico vero e viceversa (immunità crociata tra m. di Brill e tifo esantematico). In ciò tutti convengono. Che poi il m. di Brill sia estivo, non epidemico, benigno, e trasmesso da zecche, mentre il tifo esantematico è epidemico, piuttosto invernale, di prognosi grave e trasmesso dai pidocchi, non avrebbe decisiva importanza. Anzi si spiegano agevolmente attraverso le modificazioni subite dal virus nei due casi, attraverso i diversi ospiti intermedi, la diversa stagionalità ecc., le differenze nei quadri clinici, pure ad unica etiologia.

A base dell'unificazione in un'unica forma che, per seguire le decisioni dell'ultimo congresso, chiameremo « febbre bottonosa » di tutte le febbri esantematiche mediterranee, stanno la identità dei quadri clinici e la possibilità di immunità crociata tra alcune di queste forme morbose. E anche su questo punto l'accordo è totale.

Disaccordo vi è, invece, circa i rapporti tra il gruppo tifo esantematico più Brill e il gruppo febbri esantematiche. E qui vi sono unicisti e dualisti.

I dualisti, tra i quali autorevolissimo il Carducci, opinano che si tratti di malattie indipendenti. Gli unicisti con a capo il Pecori, che ha recato importantissimi contributi personali, unificano nel gruppo del tifo esantematico anche la febbre bottonosa o eruttiva, che ne sarebbe solo una forma attenuata, sì che accanto al tifo esantematico vero e al tifo endemico benigno (m. di Brill), Pecori inscrive, in unità di virus, la febbre eruttiva col nome di « dermotifo estivo non diffusibile ».

E recentemente Nussi nella sua monografia e sulle malattie del gruppo « tifo esantematico », si dichiara indirizzato verso il concetto unicista.

Se questa è la situazione attuale nel problema, vediamo ora brevemente quali sono i principali argomenti recati in pro dell'una o dell'altra tesi. I dualisti recano argomenti di ordine clinico e di laboratorio. Essi sono fondamentalmente i seguenti, dal punto di vista clinico: sopratutto la diversità dell'esantema, papulo-nodulare nella febbre eruttiva, petecchiale nel tifo esantematico, la benignità, la non contagiosità, la presenza di macchia nera nella febbre eruttiva: il che non è del tifo esantematico.

I dati di laboratori darebbero dimostrazione di diversità nel vettore specifico, non riproducibilità nella cavia della febbre eruttiva, a differenza di ciò che è noto per il tifo esantematico; mancanza di immunità crociata tra tifo esantematico vero e febbre eruttiva.

Gli unicisti, e mi riferisco particolarmente al Pecori, non trovano sostanziale nessuna di queste diversità. Premesso che nessuno pensa a separare il m. di Brill dal tifo esantematico vero, pur in diversità di vettore e di quadro clinico generale, è facilmente comprensibile che le diversità indotte in unico virus da tante diversità di ambiente e sopratutto di ospite intermedio (pidocchio nel tifo esantematico, zecca nella febbre eruttiva) si appalesino con diversità nel quadro clinico. Perciò non avrebbero peso la diversa prognosi, la diversa contagiosità, la presenza solo nell'una forma della « tache noire » perchè si sa essere legata all'intervento della zecca.

Quanto ai caratteri dell'esantema, a prescindere dai casi osservati di febbre eruttiva con esantema in parte petecchiale, essi non varrebbero secondo Pecori, a differenziare il tifo esantematico, ed il m. di Brill dalla febbre eruttiva: endotelite desquamativa e perivascolarite nodulare furono osservati da Pecori anche in alcuni casi di malattia osservati in Roma.

Quanto ai dati di laboratorio, la questione della riproducibilità in cavia della febbre eruttiva non sarebbe risolta in senso assolutamente negativo: Vernoni ha visto delle Rickettsie nella vaginale di cavie inoculate con il virus della malattia che si osserva a Roma, e gli animali inoculati hanno mostrato a Reitano e Boncinelli fenomeni, che sembrano in rapporto con la presenza del virus negli animali stessi. Questi nuovi dati hanno molto valore in pro della teoria unicista.

Rimane l'assenza di immunità crociata, ma

Pecori oppone che sperimentando con diverse varietà di spirochete della febbre ricorrente, non si è ottenuta immunità crociata, ma che nessuno pensa a dividere per questo la febbre ricorrente in entità cliniche diverse, ed io vi aggiungo che molto recentemente Bessemans, a proposito di immunità antiluetica, ha scritto tra l'altro, che in animali da esperimento inoculati con diversi ceppi di spirocheta di Schaudinn, non si avrebbe immunità crociata tra i vari ceppi.

Dopo queste considerazioni generali che consigliano ad essere guardinghi nel concludere sulla base di prove di immunità crociata, va ricordato, come Nuzzi riferisce, che tali prove tra tifo seantematico e febbre eruttiva in qualche esperimento non hanno dato risultati del tutto negativi; ad alcuni autori (Lépine), sarebbe cioè riuscito di dimostrare l'esistenza di immunità crociata tra le due forme morbose, immunità però di breve durata. Un ponte quindi — dice Nuzzi — lega le due malattie anche da questo punto di vista.

Ecco dunque che attraverso le più recenti conquiste, l'ago della bilancia sembrerebbe spostarsi verso gli unicisti, e Carducci stesso, commentando e confermando il fatto dimostrato dal Pecori, che se ricercata dopo più di 15 giorni dall'inizio della malattia, la reazione di Weil e Felix è in notevole percentuale positiva anche nelle febbre eruttiva, si avvicina con serena obbiettività al concetto unicista, riconoscendo affinità tra i virus e che qualche cosa di comune deve esistere tra tifo esantematico e febbre eruttiva.

E al Congresso internazionale d'Igiene Mediterranea, la Commissione, nominata per riassumere le conclusioni dei lavori nei riguardi della febbre bottonosa, riconobbe che essa e tutte le forme similari, debbono riportarsi al gruppo del tifo esantematico.

È stata cosa utile che io vi abbia presentato il caso, anche perchè in questo periodo e in Roma, tali ammalati non sono rari e voi li dovete quindi saper bene riconoscere e classificare. Ed è tanto più doverosa la loro conoscenza, perchè si tratta di una forma morbosa cui sono indissolubilmente legati i nomi di studiosi italiani.

La prognosi del caso è, come vi ho detto, buona, la terapia aspettante, limitata ad assistenza sintomatica; la malattia, fatto il suo decorso, passerà spontaneamente a guarigione.

Pubblicheremo in un prossimo numero un largo sunto della Conferenza tenuta dal prof. R. ALESSANDRI *al Congresso delle Scienze di Napoli sullo:*

“STATO ATTUALE DELLA DIAGNOSI E TERAPIA DELL'ULCERA GASTRO-DUODENALE„

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
Direttore: Sen. Prof. G. PASCALE.

Contributo clinico alla cura delle fratture esposte.

Dott. ALFONSO GIOVANNI CHIARIELLO
assistente e docente.

Il problema del trattamento delle fratture esposte è lungi dall'essere risolto. Se, come giustamente fa osservare Ettorre nella sua relazione sulla cura delle fratture, vi è una certa tendenza ad una terapeutica più attiva, consistente sopratutto nella più ampia detersione del focolaio di frattura e nella sutura secondaria, con o senza sutura ossea, vi sono ancora molti che rigettano tale pratica, o la eseguono solo parzialmente.

Le recenti pubblicazioni però presentano statistiche molto eloquenti al riguardo: Bonn, Koch, W. Muller, Magnus e Bsehler ed altri si sono limitati p. es. ad una rigorosa disinfezione meccanica, e, se del caso, ad una economica resezione dei monconi ed hanno ottenuto ottimi risultati. Naturalmente sarebbe erroneo voler seguire un criterio unico per tutti i tipi di fratture esposte, data la loro grande difformità, ma è possibile fissare dei concetti generali applicabili ai diversi tipi.

L'esame radiografico può essere molto utile: in effetti, se nelle fratture ampiamente esposte, questo può apparire anche superfluo, non lo è nelle fratture in cui la lesione delle parti molli è limitata. Una precisa conoscenza della entità delle lesioni ossee prima di qualsiasi intervento, può dimostrare p. es. una gravità delle lesioni ossee maggiore di quello che non si supponesse attraverso la lesione cutanea, che può essere magari puntiforme.

Circa l'anestesia, si è quasi sempre preferito nei nostri casi l'anestesia generale. Se qualche Autore come p. es. il Foster, pensa che si possa estendere anche alle fratture esposte l'iniezione di novocaina nel focolaio di frattura, tale pratica in genere non è a consigliarsi sia per la deficiente risoluzione muscolare, sia perchè non è prudente iniettare un liquido in un tessuto muscolare più o meno pesto ed in un focolaio di frattura, di cui ancora non si è potuto assicurare la disinfezione. Tale anestesia è stata praticata solo in uno dei nostri casi, mentre in un altro caso si è ricorso alla anestesia del plesso brachiale. Noi naturalmente trascuriamo quei tipi di

fratture comminute esposte, complicate a tale sfacelo della parti molli, che si impone senz'altro lo intervento demolitore. In tutti gli altri casi, qualunque sia l'entità della lesione, occorre procedere al tempo più importante, cioè a quello della disinfezione. Come giustamente insistono quanti si sono occupati di questo problema, la disinfezione deve essere quanto più è possibile accurata: recentazione diligente dei bordi pesti, disinfezione accurata della cute prima meccanica e poi con mezzi chimici, allargamento della ferita cutanea, quando questa non è così larga da consentire un completo dominio della lesione. I muscoli e le parti molli sottocutanee vengono accuratamente sbrigliati e disinfettati. Per l'osso poi, contrariamente all'opinione di alcuni, occorre procedere alla sua disinfezione sia lavandolo accuratamente con del siero fisiologico tiepido sia raschiando con un cucchiaio i capi ossei stessi.

La pratica, che ancora alcuni consigliano, di fare delle resezioni delle estremità ossee, non è in genere da consigliare, sia perchè quasi sempre è inutile, sia perchè si può andare incontro a dei raccorciamenti dell'arto molto più notevoli di quello che non potesse sembrare a prima vista.

Come si vedrà dalla esposizione dei miei casi clinici, nella maggior parte dei casi non è necessario ricorrere a dei processi di osteo sintesi. In verità i pareri sulla miglior condotta da tenere verso i capi ossei, sono molto discordi, in quantochè vi sono molti autori, i quali, perchè fautori convinti delle osteo sintesi, come metodo di scelta nella cura delle fratture semplici, vogliono estendere tale pratica a tutte le fratture esposte e quindi consigliano tutti i varii mezzi, di cui ci si serve abitualmente per praticare le osteo-sintesi. Abbiamo così i varii fili metallici, con o senza perforazione dei capi ossei, l'inchiodamento con le agraphes, il cerchiaggio secondo Putti-Parham, l'impiego di placche, di manicotti ecc. Ma contro tale pratica si sono elevati molti autori, i quali hanno messo in luce i gravi inconvenienti cui si può andare incontro, come accidenti setticemici molto gravi, processi di osteite di lunga durata; ritardi di consolidazione, dovuti sopratutto all'allontanamento dal focolaio di frattura del sangue stravasato, dei tessuti pesti, e dei frammenti di tessuto osseo. Il problema, come dicevo, è lungi dall'essere risolto, in quantochè abbiamo statistiche favorevoli alla osteo sintesi, come quelle di Solà Suris di Barcellona, di Duyariez, di Foster e di molti altri. Quest'ultimo autore, per esempio, in una serie di 304 casi, ha praticato ampiamente l'osteo-sintesi con le placche, servendosi per il fissaggio di viti di lunghezza tale da raggiungere la sola corteccia prossimale; egli fa passare la vite attraverso il canale e raggiungere il lato opposto solo quando è necessario fissare un frammento libero sul lato opposto o fissare i frammenti di una frattura spirale esposta. Egli però è di avviso che la placca o le viti debbono essere rimosse appena si sia avuto saldamento delle ossa a meno che la ferita non sia già guarita al disopra.

In linea generale non si può ritenere che la pratica della osteosintesi non sia una pratica da evitare tutte le volte che questo sia possibile, anche senza volere arrivare all'opinione di alcuni autori, come p. es. Hey-Groves il quale ha definito un delitto chirurgico l'utilizzazione immediata delle placche nelle fratture esposte; ed ecco perchè alcuni autori hanno pensato di girare la posizione e preconizzare delle osteo sintesi modificate.

Ricordiamo tra questi processi la cosidetta osteosintesi ritardata proposta da Leriche e la osteo-sintesi a distanza. La prima, consistente nella disinfezione, nella sutura secondaria alcuni giorni dopo e nella osteosintesi in un terzo momento, ha trovato in genere pochi sostenitori. La seconda, praticata per mezzo dei fissatori esterni, ha avuto anch'essa una scarsa diffusione, sebbene vi siano parecchi autori, che ne siano rimasti soddisfatti, tra cui, il più recente, il Simpson-Smith che l'ha utilizzata in 20 casi con buon successo. In genere nei nostri casi non abbiamo creduto di ricorrere a speciali processi di osteosintesi, in quantochè in linea generale una buona coattazione dei frammenti può essere mantenuta per un tempo sufficientemente lungo, perchè si possa dopo l'intervento procedere alla immobilizzazione dell'arto stesso, preferibilmente a mezzo di un apparecchio gessato.

Nei nostri casi si è ricorsi alla sutura metallica, a volte, cioè solo quando non se ne poteva fare assolutamente a meno, ed anche in questo caso, con il minimo dei mezzi, mentre ci siamo contentati o di semplici fili di catgut, come fin dal 1909 ha consigliato il Walter, o magari a non ricorrere a suture di alcun genere, quando di queste se ne potesse fare a meno.

Abbiamo seguito in questo criterio l'opinione di molti autori come il Levittoux di Varsavia, di Bonn, Koch, W. Muller, Magnus, Boehler e di coloro che per essere stati recentemente relatori su questi problemi, come

Roux e Senèque in Francia ed Ettorre in Italia, si sono diffusamente occupati di tale modo di cura.

Il recente articolo di Foster ha rimesso in discussione il problema, che sembrava ormai superato, del lavaggio continuo post-operatorio.

Seguendo la tecnica di Carrel-Dakin, egli si è dichiarato molto soddisfatto di tale pratica nei 304 casi da lui trattati, ma in linea generale possiamo dire che essa allo stato attuale è sconsigliata da tutti e senza voler arrivare all'affermazione di qualche autore, come Lambotte, che considera tale pratica come un passo indietro della chirurgia di 30 anni, possiamo dire che tale pratica debba essere riservata solo a qualche determinato caso, in cui si deve ritenere che il focolaio sia in modo particolare inquinato e che occorra assicurare il continuo allontanamento del pus.

Merita poi una particolare menzione il comportamento da tenere nei riguardi della ferita cutanea. Purtroppo ancora si vede con una certa frequenza zaffare la ferita, la pratica oramai ha dimostrato che tale procedimento è il peggiore di tutti. Se da una terapeutica attiva e ben condotta delle fratture esposte si vogliono ottenere i migliori risultati, si deve procedere alla sutura immediata e senza drenaggio delle parti molli. Naturalmente anche in questa pratica non bisogna essere assolutisti, in quantochè questa può avere delle limitazioni dipendenti dalle condizioni della cute e degli strati muscolari sottostanti.

Nei riguardi della prima abbiamo già detto che occorre escidere fin dal primo momento non solo i bordi cutanei della ferita, comunque maltrattati, ma estendere tale escissione a tutta quella cute che si presume possa andare certamente in sfacelo nei giorni successivi. Il voler in tali casi accanirsi a suturare la cute sarebbe un grave errore, in quantochè esporrebbe alla infezione secondaria ancora più grave. In tali casi ci si può contentare di una medicatura a piatto senza ricorrere allo zaffamento vero e proprio della lesione. Anche lo stato dei muscoli impone una attenta considerazione, in quantochè se ci si trova di fronte a tessuti fortemente pesti e della cui escissione non si sia rimasti completamente soddisfatti, sarà bene assicurare un drenaggio minimo di tali parti molli ed è perciò che in tali casi noi non abbiamo mai praticato lo zaffamento della cavità ma ci siamo sempre contentati di un semplice drenaggio filiforme al disotto della sutura, che, assicurando lo svuotamento di eventuali ematomi, riduce di molto le probabilità di una infezione.

Sembra strano in vero che concetti così semplici stentino a trovare diffusione. Già da tempo chirurghi autorevoli avevano affermato l'utilità dell'intervento precoce; basterà per tutti citare l'Alessandri (1), il quale fin dai tempi della guerra vi ha dedicato una serie di articoli e che a quell'epoca aveva organizzato un reparto speciale per fratturati presso la IV^a armata. I casi di fratture esposte che egli riporta sono tanto più interessanti se si pensa che si trattava di ferite di guerra. Tali risultati sono indubbiamente dovuti al fatto che, come egli stesso riferisce, è intervenuto nelle prime ore, detergendo, secondo i casi, completamente il focolaio di frattura, escidendo i tessuti pesti e laceri, asportando i corpi estranei e le scheggie distaccate, togliendone parzialmente o totalmente anche altre aderenti che ostacolano la vista e l'accesso dei monconi principali e del canale midollare, resecando, se necessario, quelli, pulendo e dominando completamente questo, rendere possibile in tal modo, sempre secondo l'Alessandri, anche nelle fratture di femore che sono le più gravi, la detersione completa della ferita e della frattura e la riunione per prima con o senza drenaggio.

La cura post-operatoria ha anch'essa una grande importanza. In linea generale due sono gli indirizzi di cura: l'immobilizzazione (semplice o in apparecchio gessato) e l'estensione continua. Nei nostri casi non vi è stato mai bisogno di ricorrere all'estensione continua, che vive delle controindicazioni della immobilizzazione. Nei nostri casi il trattamento operatorio praticato è stato sempre più che sufficiente per permettere l'immobilizzazione desiderata, ma che preferibilmente è stata ottenuta per mezzo di un apparecchio gessato. Non riferirò quindi i varii tipi di estensione, generalmente usati nella pratica, perchè non sono stati mai applicati nei casi da me descritti.

I casi da me osservati sono 20 e riflettono gli anni 1931-1932-1933 e sono stati tutti trattati secondo i principi dianzi esposti.

Caso I. — P. Maria, di a. 23, da S. Arpino. Il 27-3-1931 riporta frattura esposta del 3° inferiore della tibia sinistra. L'intervento consistette nella più ampia toilette del focolaio di frattura e dei capi ossei; e poichè questi riuscivano a mantenersi ben coattati non fu necessario ricorrere ad alcuna osteosintesi. Chiusura dei tegumenti senza drenaggio. Si ebbe una guarigione operatoria perfetta, tanto che meno d'un mese dopo, e precisamente il 14-4-1931, veniva, a richiesta dell'inferma stessa, dimessa in apparecchio immobiliz-

---

(1) Alessandri R. Giorn. Med. Mil., n. 8, 1918.

zante, dato che, il decorso era come quello di una comune frattura chiusa.

CASO II. — F. Michele, di a. 43, da Maddaloni Inferiore.

Il 9 ottobre 1931 viene ricoverato per una frattura esposta della diafisi del radio di destra, associata ad ampia ferita lacera al braccio ed al gomito destro.

L'intervento consistette nella recentazione dei bordi cutanei pesti, sia in corrispondenza della frattura esposta che delle ferite lacere. Ampia toilette dei tessuti muscolari e del focolaio di frattura. I frammenti erano ben giustapposti, per cui si procedette alla sutura cutanea, ritenendo prudente però, dato lo stato dei muscoli, di lasciare un drenaggio filiforme nelle parti molli, che fu tolto dopo 48 ore.

L'infermo fu dimesso completamente guarito il 19-12-1931.

CASO III. — C. Anna, di a. 70, da Napoli. Ricoverata il 15 gennaio 1932 per frattura esposta della tibia sinistra.

Intervento come nel 1° caso. L'inferma è dimessa di sua volontà il 31 gennaio in apparecchio gessato, dato il decorso normale della frattura. Notizie avute alcuni mesi dopo confermano l'ottimo stato anatomico e funzionale dell'arto.

CASO IV. — F. Salvatore, di a. 37, da Villaricca. Viene ammesso il 10-4-1932 con lussazione dell'articolazione tibio-astragalica destra, ampiamente aperta. Viene fatta un'accurata toilette dell'articolazione, dei capi ossei e di tutte le parti molli. Si richiude poi la capsula articolare e vengono suturati i comuni tegumenti. Si ebbe guarigione per prima della lesione chirurgica e l'inferma viene dimessa il 22-4-1932. Nel suo domicilio furono iniziati precocemente i movimenti dell'articolazione, per cui l'articolazione ha ripreso quasi interamente la sua mobilità.

CASO V. — M. Maria, di a. 26, da Ischia. All'ingresso (18-4-1932) presenta frattura comminuta esposta del 3° medio della gamba destra. La lesione data da oltre 24 ore. Previa recentazione dei bordi cutanei, detersione dei numerosi coaguli e delle parti molli, si è obbligati ad asportare numerose piccole scheggie, i frammenti vengono regolarizzati e mantenuti in sito mediante una placca di Lambotte, perchè non si riusciva con i mezzi soliti a mantenerli ben coattati.

Il decorso post-operatorio in complesso fu buono: si ebbe nei giorni seguenti una parziale disunione dei comuni tegumenti ed un processo di osteite di modico grado per cui la guarigione fu un po' ritardata. Ma in definitiva questa fu ugualmente ottima, il saldamento dei capi ossei fu perfetto e l'infermo potè essere dimesso circa 4 mesi dopo e precisamente il 15-5 dello stesso anno.

CASO VI. — S. Michele, di a. 41, da Maddaloni. Entra con frattura esposta al 3° medio della gamba destra. Il trattamento fu quello solito: apertura e toilette del focolaio; riduzione e contenzione della frattura con mezzi semplici; chiusura dei comuni tegumenti previo piccolo drenaggio filiforme.

Guarigione per primam. Il drenaggio fu tolto in 2ª giornata.

L'infermo è dimesso il 3 aprile 1932.

CASO VII. — Virgilia R., di a. 50, da Angri. Ricoverata il 29 gennaio 1932 per frattura esposta completa al 3° medio della gamba sinistra.

Trattamento come nel caso precedente. L'inferma è dimessa guarita il 5 aprile 1932.

CASO VIII. — D. F. Raffaele, di a. 58, da Marcianise.

Il 6-5-1932 è ricevuto per frattura esposta della gamba sinistra. Dato lo stato della lesione, si procede allo sbrigliamento della ferita; ampia detersione del focolaio di frattura, asportazione di scheggie libere. Chiusura dei comuni tegumenti.

Si stabilisce un processo infiammatorio di non rilevante entità, che obbliga ad una parziale disunione della sutura. Dato il processo di osteite che si era anche formato, il 13-7-1932 si procede allo sbrigliamento del focolaio di frattura. Vengono asportate numerose brattee ossee libere, fu praticata poi una limitata resezione del frammento superiore e poichè non si riusciva a mantenere i due frammnti ben coattati si applicano due uncini di Dujariez. Chiusura, anche in questo caso, dei comuni tegumenti, previo piccolo drenaggio filiforme. Questa volta si ebbe saldatura dei frammenti e l'infermo fu dimesso guarito il 19-9-1932.

CASO IX. — F. Lucia, di a. 50, da Aversa.

All'ammissione (28-9-1932) presenta ampia apertura della articolazione tibio-tarsica sinistra e frattura malleolare esterna.

Si procede alla toilette della lesione ed alla detersione del cavo articolare con siero fisiologico fenicato. Il malleolo viene mantenuto in sito con una sutura del periostio soprastante al catgut. Sutura dei comuni tegumenti ed immobilizzazione. Il 31-10-1932 l'inferma chiede di essere dimessa. Da notizie ulteriori si apprende che è residuato un certo grado di rigidità dell'articolazione del collo del piede, che ritengo debba mettersi in rapporto con la mancanza di qualsiasi cura di mobilizzazione dell'articolazione nel periodo post-operatorio.

CASO X. — L. Salvatore, di a. 30, da Napoli. Entrato il 18-6-1932 con frattura esposta del 3° superiore dell'antibraccio destro.

Sbrigliamento e detersione del focolaio di frattura. I frammenti vengono in parte resecati. Si riesce a mantenere ben coattati i frammenti senza bisogno di ricorrere ad alcun processo di osteosintesi. Chiusura dei comuni tegumenti ed applicazione di un apparecchio gessato. Il controllo radiografico conferma la buona posizione dei frammenti.

L'infermo è dimesso il 10-7-1932. Rivisto consecutivamente, in cura ambulatoria, si potè confermare l'ottimo risultato anatomico e funzionale.

CASO XI. — F. Giovanni, di a. 16, da Mugnano di Capodimonte. Entra il 7-7-1932 con frattura della gamba destra. Previa apertura e toilette del focolaio di frattura, furono regolarizzati gli estremi dei capi ossei, i tessuti molli pesti

furono asportati. Drenaggio filiforme delle parti molli e sutura. Si ebbe guarigione senza alcun incidente; l'11-8-1932 l'infermo è dimesso in via di completa ripresa funzionale.

CASO XII. — N. Giacomo, di a. 62, da Lusciano. È ricevuto il 29-7-1932 con frattura esposta del 3° medio della gamba destra.

Si istituisce il trattamento chirurgico come nel caso precedente. Dimissione il 9-8-1932, guarito della lesione chirurgica ed in via di completa ripresa funzionale.

CASO XIII. — C. Alfredo, di a. 19, da Casale di Carinola. All'atto dell'ammissione (16-12-1932), presenta frattura comminuta ed esposta dell'omero sinistro.

Previa anestesia del plesso brachiale nel tratto sopraclavicolare, si pratica la recentazione dei bordi cutanei ed un'ampia toilette del focolaio di frattura. Si asporta una scheggia libera e si constata che il moncone superiore appuntito si è conficcato nel forame midollare del frammento inferiore.

Data l'importanza della lesione, si pensò di non ricorrere ad alcun processo di osteosintesi, ma di contentarsi della contenzione dei frammenti che si era venuta a stabilire con l'ingranamento dei frammenti stessi, contenzione, che, d'altra parte, appariva abbastanza solida. Sutura dei comuni tegumenti ed immobilizzazione in apparecchio contentivo.

Ad onta della gravità del caso, si ebbe una perfetta guarigione chirurgica, residuò un lieve accorciamento dell'arto, ma il braccio potè ripigliare in pieno la sua funzione. Il 2-2-1933 il C. veniva dimesso.

CASO XIV. — A. Ernesto, di a. 22, da Napoli. Il 13-1-1933 viene ricevuto con frattura esposta del 3° medio della gamba destra.

Come al solito si pratica un'ampia toilette di tutto il focolaio della lesione. Trattandosi di una frattura spiroide della tibia non si riesce a far mantenere ben coattati i due capi ossei, per cui si procede ad una osteosintesi che, fedeli al concetto di ricorrere sempre in questi casi al minimo mezzo, consiste in un doppio cerchiaggio con fili di bronzo. Sutura dei comuni tegumenti senza drenaggio, apparecchio gessato.

Guarigione senza alcun incidente. L'infermo è dimesso il 9-3-1933.

CASO XV. — C. Michele, di anni 19, da Resina. All'atto di ammissione presenta frattura esposta dell'estremità inferiore del radio di destra. Presenta inoltre frattura del bacino. Toilette del focolaio di frattura. Il frammento superiore del radio, esposto ed irriducibile, viene recentato.

Sutura dei comuni segmenti e drenaggio filiforme del sottocutaneo.

CASO XVI. — C. Antonio, di anni 36. Il 20 luglio 1933 presenta, al momento della sua ammissione, frattura esposta del 3° medio della gamba sinistra.

Fu praticata l'anestesia locale nel focolaio di frattura; la lesione cutanea sbrigliata ed ampia toilette del focolaio. Giustapposizione dei frammenti, drenaggio filiforme del sottocutaneo, sutura, apparecchio contentivo provvisorio.

L'infermo, assicuratosi del normale andamento della lesione chirurgica, il 29 luglio volle lasciare l'ospedale, ancora in corso di cura.

CASO XVII. — T. Luigi, di anni 18. All'ammissione (20-7-1933) presenta: vasta contusione del 3° inferiore del braccio destro con ferita contusa alla faccia esterna dello stesso segmento dell'arto; spappolamento dei muscoli epicondiloidei, frattura da schiacciamento dell'epifisi omerale.

In eteronarcosi si pratica sbrigliamento e recentazione della ferita cutanea. Toilette del focolaio di frattura; drenaggio filiforme del sottocutaneo, sutura dei comuni tegumenti, apparecchio contentivo provvisorio.

Il decorso postoperatorio fu dei più normali. L'infermo lasciò l'ospedale il 9-8-1933 in corso di guarigione.

CASO XVIII. — M. Angelo, di a. 12. È ricoverato il 16-7-1933 con frattura esposta dell'olecrano sinistro.

Si pratica la sutura metallica dell'olecrano. Guarigione completa.

CASO XIX. — D. C. Benedetto, di a. 58. Entra il 29-6-1933 con frattura comminuta esposta della gamba sinistra. L'infermo riferisce che tale lesione è dovuta ad una cornata di toro, che, penetrata dalla faccia interna della gamba, era uscita alla regione esterna della stessa gamba, dopo aver perforata la tibia.

Operazione: ampia toilette del focolaio di frattura e delle vaste lesioni delle parti molli. I frammenti ossei molteplici ed irregolari vengono mantenuti con una placca metallica avvitata. Drenaggio filiforme del sottocutaneo. Sutura dei tegumenti.

Si stabilì un lieve processo infiammatorio, per cui si fu costretti a disunire parzialmente la ferita. Il 18 luglio, essendosi stabilito un processo di osteite con leggera necrosi dei capi ossei, si tolse la placca di Lambotte, e si ripetette la toilette del focolaio.

Dopo tale intervento, il decorso fu dei più regolari e l'infermo il 2 settembre veniva dimesso guarito.

CASO XX. — D. C. Rachele, di a. 50.

All'ammissione (27-10-1933) presenta frattura esposta di Colles a destra e lussazione esposta del cubito sul carpo.

In anestesia locale si pratica toilette del focolaio, riduzione delle lesioni, sutura ed immobilizzazione.

Il decorso post-operatorio fu normalissimo, e sebbene l'inferma l'11 novembre fosse stata colpita da trombosi cerebrale con emiparalisi a destra, la lesione guarì perfettamente.

***

La semplice esposizione dei casi potrebbe lumeggiare qual'è il nostro orientamento nella cura delle fratture esposte.

Ma per completare questa esposizione ed inquadrarla in quella più vasta delle fratture esposte in generale, penso sia opportuno riportare la classificazione che di queste lesioni

hanno dato Roux e Senèque nella loro relazione. Questi Autori distinguono 5 gradi differenti di gravità nelle fratture aperte di gamba.

Il 1° grado comprende i cosidetti casi ottimi, in cui la ferita cutanea è di pochi millimetri, assenza di ematomi nel sottocutaneo, nessuna fuoriuscita delle ossa. In questi casi viene consigliata l'astensione.

Nel 2° grado poi gli AA. includono i casi in cui il ferito è visto precocemente, le lesioni cutanee permettono un facile riavvicinamento, non vi sono lesioni esterne delle parti molli, la frattura non è comminutiva, o lo è in minimo grado. Nelle fratture di questa categoria gli autori dopo aver ricordato l'ampia toilette del focolaio e la recentazione dei bordi cutanei, propongono la seguente terapia: nei riguardi dell'osso, se si tratta di una frattura trasversale mantenentesi correttamente ridotta o presso a poco, è preferibile astenersi da ogni sintesi; per le parti molli poi sutura cutanea quasi totale, salvo un drenaggio con un fascio di crini o una lamina di caoutchouc. Terminare con un apparecchio immobilizzante, preferibilmente un apparecchio gessato.

Per fratture esposte di 3° grado gli Autori intendono quei casi in cui dal lato della cute vi è impossibilità di ricorrere alla sutura primitiva e la frattura resta aperta, dal lato delle parti molli vi sono lesioni di estesa contusione. In tali casi conviene tentare una contenzione metallica dei capi ossei, qualora non si riesca a mantenerli ben coattati.

Nelle fratture esposte di 4° grado, in cui vi sono ampî scollamenti cutanei, gravi lesioni muscolari, e lesioni ossee di rilevante entità, occorre astenersi da qualsiasi tentativo di osteosintesi e di sutura cutanea, limitandosi all'estensione continua ed a dominare l'eventuale infezione.

Nel 5° grado poi, sono racchiusi tutti i casi in cui v'è sfacelo dell'arto, per cui s'impone l'amputazione.

Come gli stessi AA. fanno osservare, la grande maggioranza dei casi è costituita da quelli del gruppo 2, e per i quali si può dire che essenzialmente vertono le discussioni in quantochè una cura più o meno attiva dipende principalmente dalla mentalità del chirurgo e dal suo orientamento terapeutico.

Noi riteniamo che una lieve modificazione alla classificazione suddetta possa meglio sintetizzare quale, a nostro modesto parere, debba essere l'attuale condotta del chirurgo nei riguardi delle fratture esposte.

In altri termini pensiamo che, sopratutto ai fini terapeutici, delle 5 suddivisioni debbano restarne solo 3 in quanto che le prime tre dovrebbero raggrupparsi in una sola classe e lasciar sussistere le due ultime.

Nelle fratture di primo grado dovrebbero entrare tutte quelle fratture in cui le lesioni cutanee permettono un ravvicinamento dei bordi, completo o quasi, le lesioni muscolari di varia entità non sono però tali da impedire una sutura, le lesioni ossee non sono pluricomminute. In tutti questi casi occorre intervenire anche quando una lesione modesta delle parti molli possa far pensare che le lesioni profonde non debbano essere di una rilevante entità. L'esperienza ha invece dimostrato che frequentemente non esiste alcun parallelismo di gravità tra le lesioni superficiali e quelle profonde. Che in questo gruppo possa capitare anche qualche caso in cui l'astensione avrebbe dato ugualmente la guarigione, poco male, perchè l'intervento, con l'accurata disinfezione che comporta, non potrà aggravarne il normale decorso. Si saranno salvate però tutte quelle fratture in cui una terapeutica di attesa non avrebbe fatto altro che determinare un processo d'infezione ed è noto che in questa, come in tutta la chirurgia di urgenza, la prognosi varia a distanza anche di ore.

I venti casi da noi presentati rientrano tutti nel primo gruppo, ed in tutti il risultato è stato ottimo.

Abbiamo creduto invece di escludere dalla nostra casistica le fratture degli ultimi due gruppi, di cui pur abbiamo avuto a curare molti casi, perchè credo che si è tutti d'accordo nel limitare, per i primi, l'intervento alla sola accurata disinfezione, immobilizzazione o, magari, estensione e per i secondi ridurlo alla semplice amputazione.

RIASSUNTO.

L'A. riporta 20 casi di fratture esposte ed espone i criteri che bisogna seguire nel trattamento di tali lesioni.

BIBLIOGRAFIA.

1) ARNAUD M. Presse Méd., 40, 1931.
2) AUMONT P. Rev. de Chir., 43, n. 8, 1924.
3) BECKMAN F. Surg., Gyn. a. Obst., 40, 1, 1925.
4) BERCEANU D. Rev. de Chir., 50, 1931.
5) BLUE G. E. Intern. J. of Med. a. Surg., 37, n. 11, 1924.
6) BROWN W. L. and BROWN C. P. Ibid., 37, n. 8, 1924.
7) BYFORD W. H. Illinois med. Journ., 43, n. 6, 1923.
8) CANNADAY J. F. Ann. Surg., 89, 1929.
9) CANOV A. Ortop. i Traumat., 4, 58, 1930.
10) COOK R. Y. Journ. of Bone a. Joint Surg., 6, n. 1, 1924.
11) COTTON F. Y. Surg. Gynec. Obst., 52, 1931.
12) EHALT W. Arch. f. Orth., 29, 1931.
13) ENGELMANN R. Arch. f. Orth., 31, 1932.
14) ESTES J. R., WILLIAM L. Ann. Surg., 90, 1929.

15) Estes W. L. Intern. J. of Med. a. Surg., 39, n. 11, 1926.
16) Ettorre E. *Criteri e metodi di oggi nel trattamento delle fratture.* Arch. Ortop., vol. 50, n. 1, 1934.
17) Fagge C. H. Practitioner, 115, n. 3, 1925.
18) Felsenereich F. Wien. Klin. Woch., 11, 1930.
19) Fessler J. e Josef M. Journ. Am. Med. Assoc., 81, n. 12, 1933.
20) Firer S. Ortop. Traumat., 6, 34, 1932.
21) Fitte M. J. e Baratelli R. E. Rev. Ort., 1, p. 313, 1932.
22) Foster G. V. Surg. Gyn. Obst., 56, 1933.
23) Graves G. J. Amer. Journ. Surg., 13, 1931.
24) Grimault L. Arch. franco-belges de Chir., 27, n. 1, 1924.
25) Grimault L. et Wilwertz E. 40° Congr. Franç. Chir., 428, 1931.
26) Gurd F. B. Journ. Bone a. Joint Surg., 15, 1933.
27) Häbler C. Chirurg., 4, 129, 1932.
28) Harven J. (de). Le Scalpel, 1931.
29) Hempel. Zbl. Chir., 1930.
30) Henson E. B. South Med. J., 22, 1929.
31) Imbert R. Rev. de Chir., 50, 1931.
32) Jimes Vidal F. Rev. Cir. Barcelona, n. 4, 1932.
33) Koch. 50 Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., 1926.
34) Koch E. Arch. orthop., 27, 1929.
35) Kruglikova V. Nov. Chir., 12, 1931.
36) Kulowski J. Journ. Bone a. Joint Surg., XIII, 1931.
37) Leclerc G. Intern. J. Med., 41, 1928.
38) Munford E. B. Journ. of the Indiana State Med. Assoc., 15, 8, 1922.
39) Munford E. B. Ibid., 22, 1929.
40) Orr H. W. e Thomson J. E. M. Journ. Am. Med. Ass., 83, n. 18, 1924.
41) Pankratiew B. e Politow. Wien. Klin. Woch., 11, 1932.
42) Roux G. e Senèque J. Journ. de Chir., 38, 1931.
43) Saner F. D. Intern. J. of Med., 44, 1931.
44) Sudder C. L. Ann. Surg., 90, 1929.
45) Simpson Smith A. British Med. J., 11, 1933.
46) Smoler F. Med. Klin., 11, 1494, 1931.
47) Solà Suris J. Rev. med. Barcelone, 16, 1931.
48) Stern W. S. Journ. A. M. A., n. 24, 1924.
49) Schern W. G. Journ. of Bone a. Joint Surg., 9, n. 4, 1927.
50) Wagner J. H. Atlantic Med. J., 29, n. 12, 1926.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Clinica Medica Generale
della R. Università di Siena

Direttore: Prof. C. Gamna

Contributo clinico alla conoscenza della poliuria insipida sintomatica.

Dott. Antonio Archi, aiuto volontario

Il caso che intendo brevemente illustrare in questa nota si presta ad alcune interessanti considerazioni sia per le difficoltà diagnostiche che lo hanno accompagnato, sia e ancor più per la modalità con cui abbiamo creduto d'interpretare il sintoma poliuria insipida insorto due volte nel corso della malattia.

Si tratta di una donna, C. Caterina, di 52 anni, da Asciano. Ci venne portata nella Clinica il 16 giugno 1934, in condizioni di obnubilamento psichico, con un vasto ematoma, a carattere non più recente, alla regione parotidea di sinistra, che sconfinava anche nelle regioni limitrofe, e con evidentissimi i sintomi della paralisi del facciale di sinistra.

I famigliari che l'accompagnavano ci riferivano che cinque sere prima, il 10 giugno, la p. era stata trovata ai piedi di una scala, nella propria abitazione, in stato di completa incoscienza, con fuoriuscita di sangue dall'orecchio di sinistra e anche dalla bocca e dal naso. Nelle ore successive vi fu pure perdita involontaria delle feci e delle urine, mentre al mattino essa poteva già articolare qualche parola, pure presentando stato confusionale. Fin dal primo momento, a quanto ne riferiscono i parenti, comparvero i segni della paralisi facciale, presso a poco del tipo e del grado di quella che riscontrammo al momento dell'ingresso.

L'esame obbiettivo che allora praticammo, e di cui riferisco i soli particolari degni di qualche rilievo, ci fece riscontrare i seguenti dati. La conformazione scheletrica era del tutto regolare: alla regione parotidea di sinistra nessuna tumefazione o dolore, ma un vasto ematoma che si estendeva anche alla mastoide e, in alto, alla regione temporale. Il meato uditivo esterno presentava croste ematiche. Anche sulla coscia destra un vasto ematoma.

Sistema nervoso: Psiche alquanto obnubilata, così che non fu possibile raccogliere direttamente l'anamnesi: tendenza alla logorrea. L'a. appariva orientata nello spazio e nel tempo. Al viso si notavano i sintomi classici della paralisi periferica facciale di sinistra, e cioè i segni di Bell e di Negro, l'impossibilità di chiudere l'occhio e lo spianamento del solco naso-genieno di sinistra. La lingua era sporta diritta, con leggere scosse fibrillari: la metà sinistra del velo pendulo appariva leggermente abbassata. I punti di emergenza del trigemino erano lievemente dolenti alla palpazione. Nessun disturbo a carico degli altri nervi cranici. Pupille bene reagenti alla luce, all'accomodazione e alla convergenza. Nuca alquanto rigida, indolente alla palpazione sul rachide. Nei tentativi

di piegarla, compariva il fenomeno di Brudzinski. Non disturbi della motilità e della sensibilità a carico degli arti superiori, i cui riflessi tendinei erano di intensità normale; una lieve dismetria a sinistra: non adiadococinesia. Agli arti inferiori motilità e sensibilità normali. Da ambo i lati i riflessi tendinei fortemente diminuiti. A destra presenza del sintoma di Kernig, che in minor grado era presente pure a sinistra.

A carico degli altri organi e apparati, mi limiterò a ricordare che tutti i reperti erano normali, ad eccezione di un netto trigeminismo del ritmo cardiaco, con polso piuttosto vacuo e di frequenza normale. La pressione arteriosa, uguale su entrambe le omerali, era di 120/75. Nelle urine una lievissima albuminuria, senza disturbi della minzione. L'alvo era alquanto stitico.

Il primo quesito che ci dovemmo porre subito al momento dell'ingresso della p. fu relativo al meccanismo stesso con cui la sintomatologia era cominciata. La donna era stata trovata in stato di incoscienza, ai piedi di una scala, dai suoi famigliari. Si trattava di un ictus cerebrale che aveva provocato la caduta, oppure di una caduta vera e propria con lesioni della scatola cranica e successiva commozione cerebrale? Quesito delicato, anche per il giudizio prognostico e per i provvedimenti terapeutici, che noi risolvemmo orientandoci verso la seconda possibilità. Infatti, pure avendo noi veduto l'ammalata solo cinque giorni dopo l'inizio del quadro morboso, per l'assenza di qualsiasi compartecipazione motoria e sensitiva degli arti, per il carattere nettamente periferico della paralisi facciale di sinistra e poi, alcuni giorni più tardi, per averci l'a. riferito con chiarezza che era stata investita da una violenta raffica di vento che le aveva fatto perdere l'equilibrio, pensammo essersi trattato di una caduta vera e propria. Ad essa dovevano riferirsi sia la paralisi del facciale, da probabile frattura della rocca petrosa, come pure i sintomi generici di irritazione meningea che riscontrammo fino dall'inizio e che mettemmo in rapporto con una emorragia traumatica subaracnoidea in vicinanza della frattura della rocca petrosa. Una puntura lombare, col caratteristico reperto di una xantocromia del liquor, ci avrebbe senz'altro chiarito in modo sicuro quest'ultimo punto; ma noi non ritenemmo opportuno praticarla sia per il rapido attenuarsi e dileguarsi di questi sintomi, sia perchè, nel sospetto di un'emorragia di tal genere, può essere utile soprassedere a una puntura del rachide.

Il reperto radiologico (prof. Salotti) ci segnalò una minima infrazione della squama del temporale sinistro e, accanto ad essa, segni di frattura del terzo medio della rocca pure di sinistra. L'esame oftalmoscopico invece fece rilevare del tutto normale il fondo di entrambi gli occhi. Ben maggior valore assumeva l'esame otolaringoiatrico, il cui reperto (prof. Bellucci) qui riferisco per esteso.

« Croste ematiche nel condotto uditivo esterno di sinistra, soprattutto nella sua parte antero superiore: normali la membrana timpanica e la cassa del timpano, e così pure la funzione cocleare e vestibolare. Paralisi a tipo periferico del facciale sinistro e paresi del velo pendulo anche di sinistra. Dal complesso sintomatico si fa diagnosi di frattura del temporale in corrispondenza della sutura squamo-petrosa (tra il terzo interno ed il terzo medio della rocca) e della parete anteriore del condotto uditivo osseo, per azione su questo del condilo mandibolare. Si ritiene che la lesione del facciale sia situata in corrispondenza del ganglio genicolato, per compressione da probabile emorragia endocranica (fossa media, superficie anterosuperiore della rocca). L'emorragia naso-faringea iniziale è spiegabile con questa diagnosi di sede intracranica, corrispondendovi al disotto il tratto osseo della tromba di Eustachio ».

Il caso, da quanto più sopra è esposto, durante i primi dodici giorni consecutivi al trauma iniziale, non ha presentato nulla di particolarmente interessante o di diverso da casi del genere. Mentre la sintomatologia a carico del facciale rimaneva stazionaria, la paresi del velo pendolo andò gradatamente risolvendosi e così pure l'obnubilamento psichico: i fenomeni di irritazione meningea accennarono pure ad attenuarsi, sebbene con lentezza.

In dodicesima giornata l'a. venne colta da brividi di freddo piuttosto intenso, a cui seguì elevazione termica a oltre 38° (il decorso era stato sempre apiretico): alla sera già era evidente una tumefazione circoscritta alla parotide di sinistra, dura e dolente alla pressione. Nelle prime 24 ore intercorse dopo l'inizio della sintomatologia predetta, la diuresi si elevò bruscamente da circa 1000 cc. degli ultimi giorni a oltre sei litri. L'urina, immediatamente esaminata, presentava basso peso specifico — 1002 — e assenza di albumina e glucosio. Nessun segni di compartecipazione della parotide dell'altro lato: nessun altro sintomo di compromissione della regione infundibulo-ipofisaria.

Che cosa poteva essere intervenuto a modificare così bruscamente il quadro morboso iniziale? Forse una parotite monolaterale epidemica, contratta dalla p. dopo il suo ingresso nella Clinica? Credemmo di poterla escludere anche per l'assenza, in quell'epoca, di altri casi di tale malattia nell'apposito reparto del nostro Policlinico. A dire il vero, una poliuria aglicosurica può insorgere anche nel corso di una parotite epidemica: è noto infatti che l'ignoto virus provocatore di tale malattia può localizzarsi nelle meningi e nella sostanza encefalica, dando dei reperti di focolaio quanto mai vari e polimorfi. Anche noi ne abbiamo osservati alcuni nella nostra Clinica (Paolillo), mentre è conosciuta una poliuria insipida così detta sintomatica da localizzazione del virus nella regione ipotalamica (Rietti ed altri). Ma queste complicazioni meningo-encefalitiche della parotite insorgono molto spesso quando la sintomatologia vera e propria primitiva si è attenuata, magari nel periodo della convalescenza, mai nelle primissime ore come si sarebbe verificato nel caso nostro.

Una ulteriore considerazione ci fece respingere definitivamente questa ipotesi. Nei giorni successivi alla comparsa della febbre, della tumefazione parotidea sinistra e della poliuria, mentre quest'ultimo sintoma persisteva per quanto con tendenza ad attenuarsi e la febbre rimaneva stazionaria intorno a 38°, la tumefazione si estendeva dalla parotide ai tessuti e alle regioni circostanti (geniena, sotto-mandibolare, periauricolare, mastoidea). Mai in questa vasta zona tumefatta e fortemente dolente notammo segni di fluttuazione: solamente una modica tumefazione delle linfoghiandole sottomentoniere. Nel sangue una leucocitosi — 12200 globuli bianchi di cui 80 % neu-

trofili — e segni di una lieve anemia a tipo ipocromico.

Una seconda indagine radiologica eseguita in questo periodo, con speciale riguardo alla sella turcica, ne escluse in modo assoluto ogni lesione ossea. E anche il reperto oftalmoscopico continuò ad essere negativo. Dopo otto giorni la temperatura rientrava nella norma, mentre la tumefazione su descritta continuò ancora per qualche giorno, e, accanto ad essa, una moderata poliuria (poco sopra ai due litri). Una prova della concentrazione eseguita in questo periodo mostrò tale funzione fortemente compromessa: infatti il P. S. si elevò solo da 1006 a 1009.

Prima di addentrarmi nei tentativi di interpretazione di queste complicazioni morbose, ritengo utile riferire l'ulteriore decorso della malattia. Cessati i disturbi su descritti la p. pareva definitivamente avviata verso la convalescenza, e anche la paralisi del facciale, per quanto assai lentamente, accennava a regredire. Questo stato di discreto benessere si protrasse per circa dieci giorni.

Il 10 luglio, ad un mese preciso di distanza dalla caduta, si ebbe una ripetizione esatta della sintomatologia descritta. Anche questa seconda volta insorse febbre, sempre contenuta in limiti modesti, la diuresi si accentuò in confronto ai giorni precedenti, pure non raggiungendo le cifre della prima volta (dai due ai tre litri di orina nei primi due giorni) mentre ricompariva tumefazione dolorosa della parotide con edema della cute soprastante. Facendo una modica pressione nella loggia parotidea, fu possibile riscontrare fuoriuscita di pus dal dotto di Stenone, il cui orificio appariva fortemente arrossato. Vennero praticati degli strisci, e due culture in agar e in brodo da cui si sviluppò uno streptococco a catenella corta (5-8 elementi) gram-positivo.

La poliuria fu in questo secondo episodio di più breve durata; riuscimmo infatti a ridurla in cifre normali con inalazioni nasali di estratto ipofisario. E anche la febbre e la tumefazione parotidea regredirono più rapidamente. Nel giorno di più intensa diuresi, il tasso di cloruri nelle urine era di gr. 2,85 ‰, mentre il tasso cloremico ammontava a gr. 5,28 ‰. Una seconda prova della concentrazione eseguita pochi giorni dopo mostrava un lieve miglioramento sulla precedente, essendosi elevato il P. S. da 1008 a 1015. La p. rimase ancora nella Clinica fin verso la fine del luglio, presentando un graduale miglioramento della paralisi del facciale, così che quando fu dimessa, la sintomatologia era del tutto scomparsa, e anche le condizioni generali apparivano del tutto soddisfacenti.

* * *

Esposto così brevemente il caso nella sua varia sintomatologia, più che altro dovuta alle complicazioni morbose che per due volte si sono sovrapposte al quadro clinico iniziale, cerchiamo di esaminarne le possibilità di interpretazione. Tutto appare chiaro, come più sopra ho detto, per ciò che riguarda le lesioni iniziali; una frattura della rocca petrosa con interessamento del nervo facciale di sinistra nelle immediate vicinanze del ganglio genicolato, e quindi paralisi di detto nervo e paresi omolaterale del velo pendolo.

Le difficoltà si presentano gravi per interpretare il quadro successivo, insorto — si ricordi — dodici giorni dopo il trauma, e cioè febbre, tumefazione della loggia parotidea di sinistra, e delle regioni circumvicine e, sopratutto, poliuria insipida.

Per questa parotite è facile e logico pensare che lo stravaso emorragico prodottosi nella cavità glenoidea di sinistra in conseguenza della frattura del condotto uditivo osseo, si sia infettato in un secondo tempo per germi pervenuti o dalle soluzioni di continuo del meato uditivo esterno ben visibili fino dall'inizio, oppure dalla tromba di Eustachio.

Occorre infatti ricordare che sia l'esame radiologico che quello dello specialista ci hanno segnalato una frattura della porzione ossea della tromba di Eustachio, a cui anzi sarebbero da ascriversi la faringorragia e la rinorragia che si ebbero immediatamente dopo il trauma. Il processo infettivo facilmente si è esteso per due volte a tutta la massa ghiandolare parotidea (donde fuoriuscita di pus dal dotto di Stenone) e da questa ai tessuti molli circostanti, regredendo poi il tutto regolarmente.

Ma come interpretare invece la poliuria insipida che vedemmo insorgere parallelamente alla parotite e alla peri-parotite? Non possiamo, nel caso nostro, chiamarla senz'altro sintomatica di un trauma lesivo della sella turcica, sia per l'assenza di qualsiasi lesione ossea nella regione della sella turcica, sia pure perchè essa insorse dodici giorni dopo il trauma e presentò — entrambe le volte che la riscontrammo — caratteri di transitorietà.

Pensammo ad uno dei non infrequenti casi di meningite così detta sierosa, a sintomatologia localizzata. È noto come questa malattia sia messa in rapporto con infezioni attenuate da germi scarsamente virulenti, oppure « con affezioni locali suppurative o, comunque, infiammatorie, di tessuti ed organi cranici » (S. D'Antona). Accanto a queste, vengono collocati anche gli agenti fisici, in primo luogo, — tra essi — i traumi cranici, anche semplicemente contusivi e senza infezioni secondarie (D'Antona). Però, contro una forma di meningite sierosa stava nel nostro caso la completa assenza di una sintomatologia generale. Infatti non cefalea, e sopratutto non disturbi della vista da ricondursi a lesioni del fondo dell'occhio (papilla da stasi, edema dei bordi papillari) nè emianopsie, che, per quanto rare, non sono poi eccezionali e che si mettono in rapporto (D'Antona) con compressione del chiasma ottico da parte dell'infundibulum disteso. Il citato A. ricorda pure, senza specifi-

carli, accanto ai disturbi predetti della visione, anche segni di disfunzione infundibolo-ipofisaria, tali da fare pensare a un tumore di detta regione.

La presenza di segni di netta localizzazione sta pure, nel nostro caso, contro l'ipotesi di una meningite sierosa. E se nella nostra a., si fosse avuto un focolaio di meningite sierosa nella regione infundibolo-ipofisaria, sarebbe ben strano che esso non avesse dato alcun altro segno di patimento di detta regione, specialmente, come sopra abbiamo rilevato, a carico della funzionalità visiva.

Come pure, se ammettiamo una propagazione dalla zona di frattura verso la regione sellare di un processo infiammatorio delle meningi, il ganglio di Gasser, situato proprio nella parte più mediale della superficie supero-anteriore della rocca petrosa, avrebbe dovuto dare, per i suoi rapporti anatomici, segni di partecipazione al quadro morboso, che invece furono del tutto assenti.

Per questi motivi ci sentimmo di potere escludere una propagazione per contiguità del processo flogistico attraverso le meningi interposte tra la zona di frattura della rocca (terzo medio) e la regione infundibolo-ipofisaria.

Ci parve che si dovesse ammettere per forza una diffusione a distanza di un processo infiammatorio per collegare tra loro in un unico quadro le due componenti della sintomatologia. In una zona, come è la fossa cerebrale media, così riccamente percorsa da vasi arteriosi e venosi e così pure da nervi, è piuttosto difficile pretendere di individuare con sicurezza la via che può avere seguito l'infezione. Ci è sembrato di potere scartare subito una diffusione lungo la guaina perinervosa dei nervi prossimi ai punti dove abbiamo localizzato le due lesioni. Ciò per due ragioni: intanto non vi è un decorso di qualche nervo che possa giustificare così semplicemente una trasmissione a distanza del genere di quella che noi dobbiamo ammettere nel caso in esame; secondariamente non riscontrammo alcun segno di compartecipazione, di patimento di qualche nervo della base cranica che non sarebbe decorso senza sintomatologia (fenomeni di irritazione, di deficit funzionale, dolore, parestesie).

Sul margine superiore della rocca petrosa decorre il seno petroso superiore, che è emissario del seno cavernoso (di cui sono noti gli strettissimi rapporti con la sella turcica) e che immette nel seno sigmoideo. Questo seno è quindi a contatto diretto con la zona media della rocca petrosa, sede della frattura presentata dalla nostra a., e quindi si potrebbe ammettere che l'infezione si fosse propagata lungo la guaina linfatica perivasale, fino a portarsi alla regione infundibolo-ipofisaria per darvi un focolaio circoscritto di encefalite nell'ipotalamo. Ma difficilmente possiamo pensare che i seni, venutisi a trovare avvolti da una linfoangite perivenosa di tal genere, non ne avessero risentito alcun danno: furono sempre assenti infatti i segni anche minimi di trombosi dei seni della base. Per di più il seno cavernoso, a cui dovrebbe essersi propagata tale linfoangite, prende rapporti con la sella turcica e quindi con la ipofisi, mentre non resta affatto a contatto con l'infundibolo e sovratutto con l'ipotalamo, dove, nella grande maggioranza dei casi, sono state trovate le lesioni causali di una poliuria insipida.

Siamo stati quindi indotti a pensare, a ritenere come più probabile una diffusione periarteriosa: dico — più probabile — perchè anche qui ci resta qualche dubbio difficile a risolversi. La carotide interna percorre la zona più mediale della rocca petrosa in un canale osseo separato da un leggero diaframma dal canale percorso dal nervo facciale, proprio in vicinanza del ganglio genicolato, punto in cui siamo stati indotti a collocare la lesione di questo nervo.

L'ematoma che ha compresso il facciale di sinistra a questa altezza può essersi infettato, come abbiamo detto, dalla frattura della parte ossea della tromba d'Eustachio, e quindi avere propagato il processo infiammatorio ai vasi linfatici da cui è ampiamente circondata la carotide interna. Questa, giunta ai lati della sella turcica, si divide in alcuni rami, tra cui le arterie comunicanti posteriori che si portano verso il grande forame occipitale. Poco dopo la loro origine, da queste arterie si dipartono alcuni rami che, con decorso quasi verticale, si portano dal basso all'alto ad irrorare l'ipotalamo. Ci sembra che questa via di trasmissione, una linfoangite all'intorno della carotide interna e di alcuni suoi rami, sia la più verosimile e la più accettabile tra quante ne abbiamo più sopra prospettato.

Di essa non possiamo avere, come ho premesso, la certezza assoluta, ma una considerazione esatta della successione dei fatti cui abbiamo assistito e della localizzazione topografica degli organi colpiti ce la fanno ritenere come la più probabile.

RIASSUNTO

Descrizione e interpretazione patogenetica di un caso di frattura della rocca petrosa di sinistra, complicatosi con poliuria insipida per propagazione linfoangitica pericarotidea.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

L'interpretazione radiologica delle immagini a maglie di rete e la granulia fredda.

(E. Sergent, P. Cottenot e G. Poumeau-Delille. *Presse Méd.*, 17 nov. 1934).

Le immagini a maglie di rete sono formate da due figure elementari: le maglie e i nodi. Le maglie sono realizzate da un tenue contorno opaco, di forma poligonale o irregolarmente arrotondato; il loro diametro è in media di uno o due millimetri nelle condizioni abituali di presa delle radiografie. I nodi sono costituiti da opacità puntiformi, a contorni più o meno netti, da mezzo ad un millimetro di diametro.

Queste due figure elementari possono riscontrarsi diversamente associate su di una stessa immagine; talora compaiono solo le maglie, talora i soli nodi, talora i nodi sono visibili agli incroci delle maglie.

Questa immagine può esistere isolata o può coesistere con altre immagini patologiche.

Secondo gli AA. le immagini a maglie di rete sono dovute ad una opacizzazione patologica dei contorni lobulari normalmente invisibili sulla lastra. Quando il contorno lobulare opacizzato è posto in un piano perpendicolare al raggio normale, si proietta come una maglia; quando il contorno lobulare opacizzato si trova invece in un piano parallelo al raggio normale, esso si proietta sotto l'apparenza di un nodo. I nodi possono essere ancora formati dall'incrocio d'ombra di parecchie pareti lobulari situate a livelli differenti. Gli AA. non negano che i nodi possano essere dovuti alla proiezione di opacità micro-nodulari incluse nel parenchima polmonare, ma rifiutano l'interpretazione che vuol dare sempre tale origine a queste immagini puntiformi.

Quanto alla sede anatomica della opacizzazione, essa può risiedere negli interstizi perilobulari, nella parete lobulare e nell'interno stesso del lobulo.

La diversità di queste localizzazioni anatomiche esclude ogni possibilità di diagnosi topografica precisa con la sola vista della radiografia.

Ancora meno è possibile una diagnosi etiologica, perchè cause molto differenti possono realizzare aspetti radiologici assolutamente identici.

In conclusione, le immagini a maglie di rete sono testimoni di una modificazione patologica lobulare, endo- o peri-lobulare, di cui nulla ci permette di precisare la natura. Esse possono vedersi all'inizio dell'evoluzione di una granulia acuta o in malati in cui le lesioni evolvono verso la tubercolosi miliare subacuta; esse possono essere l'espressione di forme interstiziali della tubercolosi polmonare; possono insomma essere un aspetto passeggero o durevole, nel corso di una tubercolosi, quale che sia la sua evoluzione ulteriore. D'altra parte, immagini identiche si possono avere nei cardiaci in assenza di lesioni polmonari. Infine delle false immagini a maglie di rete sono determinate da un tenue strato di lipiodol che tappezzi le pareti endolobulari, constatazione questa che permette di pensare alla possibilità di immagini identiche dovute alla presenza di un essudato infiammatorio denso che tappezzi le pareti alveolari (alveolite).

C. Toscano.

La tubercolosi polmonare ha sempre una espressione radiologica?

(J. Stephani e H. Mollard. *Presse Méd.*, 22 agosto 1934)

Si incominciano a segnalare casi di tbc. polmonare nei quali il reperto radiologico è stato negativo, in contrasto con la positività dei segni clinici e semeiologici e della ricerca batteriologica.

Gli AA. riportano 10 casi ad esempio di tale possibilità e cercano di discriminarne le cause. In una prima categoria vengono posti i casi *apparentemente* negativi all'esame radiologico: apparentemente perchè il motivo di tale negatività risiede soltanto nella tecnica difettosa. E a questo riguardo gli AA. insistono sui seguenti accorgimenti: 1° adoperare raggi duri; 2° praticare, quando l'esame in posizione frontale sia stato negativo, anche un esame in trasversale (sono specialmente le scissuriti che vengono svelate con tale tecnica); 3° ricordare infine che la diagnosi va posta solo su una lastra tecnicamente perfetta, perchè le lesioni minime, al limite di visibilità (noduli) sono osservabili solo nelle condizioni migliori.

In una seconda categoria vengono posti quei casi che, nonostante l'esame sia praticato con tutte le regole, rimangono radiologicamente negativi per la sede o per il carattere anatomico della lesione. Vi sono infatti alcune regioni del polmone (cul di sacco pleurici, apici in alcuni soggetti) che vengono costantemente mascherati da altre parti molli o ossee. E un focolaio in tali regioni può essere scoperto solo in base ai segni fisici. Va infine ricordato che la formazione anatomica tubercolare più precoce che dà un'immaginazione radiologica è il nodulo: e che esistono processi specialmente di broncheo-alveolite desquamativa inaccessibili alla radiografia: tali processi possono talora evolvere a guarigione senza entrare nella fase produttiva e rimanere così costantemente uniti allo schermo. Anche in questi casi sarà l'esame fisico che porterà alla diagnosi e la negatività di una lastra non dovrà far ripudiare al medico la sua primitiva supposizione.

Puddu

Fattori che intervengono nella produzione della silicosi polmonare.

(F. GARCIA TRIVIÑO. *La Medic. Ibera*, 17 novembre 1934).

Nella determinazione della silicosi polmonare conviene tener presente alcuni fattori che contribuiscono alla produzione dell'affezione. Fra tali fattori sono: concentrazione delle polveri, grandezza delle particelle pulvirulente, durata dell'esposizione, tasso in silice libero, costituzione somatica e cause predisponenti.

Quanto alla concentrazione delle polveri, Fisher giudica che la quantità di 350 particelle di polvere per centimetro cubo si deve considerare come il tasso limite di sicurezza; altri AA. stimano che questa cifra si possa portare a 400 o 500 a seconda della grandezza delle particelle. La determinazione della quantità di polvere in sospensione viene realizzata da apparecchi speciali.

Riguardo alla forma, la durezza e la superficie, facilmente si comprende che quanto più dure, e irregolari di superficie sono le particelle pulvirulente, maggiore sarà l'effetto nocivo che determineranno nei tessuti; si spiega con ciò perchè la polvere di silice sia uno dei tipi di polveri più pregiudizievoli per i tessuti.

Altro elemento importante per la determinazione della silicosi è la grandezza delle particelle.

Maurogordato sostiene che per determinare coniosi occorre che la maggior parte delle particelle siano di grandezza inferiore a 5 micron, poichè polveri di grandezza superiore non possono essere fagocitate.

Nel giudizio riferentesi al tempo di esposizione alla inalazione di polveri non vi può essere uniformità di giudizio fra i varî osservatori per la molteplicità dei fattori che possono influire, come la maggiore o minore concentrazione delle polveri, la maggiore o minore ricchezza di silice, libero, le condizioni in cui si svolge il lavoro, gli elementi costituzionali, le cause predisponenti, ecc., per cui un soggetto può resistere perfettamente per un tempo prolungato in un ambiente che contenga 100 particelle pulvirulente per cc., mentre un altro può reagire sfavorevolmente a 50 particelle per cc. in un periodo di tempo più breve. Il tasso del silice libero ha in ciò molta importanza e detto tasso è estremamente variabile secondo le differenti industrie, dall'1 al 90 per cento.

Oltre agli elementi già considerati bisogna tener conto della costituzione somatica e delle cause predisponenti.

Esiste una predisposizione individuale alla silicosi, in rapporto con disturbi del sistema reticolo-endoteliale. In genere i leptosomatici, i longilinei, gli astenici sono più soggetti alle lesioni parenchimatose gravi del polmone, e dalla casistica dell'A. risulta che gli infermi di silicosi con lesioni accentuate corrispondono a soggetti di questa categoria.

Fattori importantissimi per la produzione della silicosi sono il tipo di lavoro, la posizione del corpo e lo sforzo che il lavoro esigono, in quanto più o meno determinano acceleramento della funzione respiratoria oppure obbligano a respirare per la bocca o per il naso. Altro elemento importante è costituito da tutti quei fattori che ostacolano l'entrata e rendono difficoltosa la filtrazione dell'aria inalata, come le infermità naso-faringee, che obbligano a respirare a bocca aperta favorendo la inalazione diretta di grandi quantità di polveri. Sono anche da considerare le bronchiti, specie le bronchiti croniche che determinano modificazioni della mucosa bronchiale e l'inutilizzazione della difesa costituita dalle ciglia vibratili.

Fattore importante è anche l'età. Nella statistica dell'A. l'età era da 45 a 50 anni nel 75% dei casi e più di 50 nel 15 %.

In modo indiretto poi favoriscono lo sviluppo della silicosi e dell'associazione della silicosi con la tubercolosi, purtroppo tanto frequente, altri elementi che debilitano le difese organiche e determinano profonde perturbazioni che facilitano l'impianto della malattia. Sono fra queste: l'assenza di luce solare, il deficit di ossigeno per ventilazione insufficiente, l'atmosfera tossica (gas delle mine, grisù, acido carbonico, ossido di carbonio, idrogeno solforato, ecc.), i raffreddamenti ripetuti per passaggi bruschi e senza precauzioni dalle temperature calde del fondo della miniera a quelle delle gallerie e della bocca di esse.

C. TOSCANO.

RENI E VIE URINARIE.

Etiologia e patogenesi della litiasi renale.

(F. RATHERY e P. FROMENT. *Paris Médical*, 20 ottobre 1934).

La litiasi renale è una malattia frequente caratterizzata dall'insieme dei disturbi provocati dalla precipitazione e agglomerazione nei calici o nei bacinetti di uno o parecchi elementi tenuti normalmente in soluzione nell'urina.

A seconda della natura della concrezione la litiasi può essere *urica*, *ossalica* o *fosfatica*, e a seconda della esistenza o meno di una concomitante infezione pielorenale può essere *settica* e *asettica*.

La *litiasi urica* si verifica in tutte le razze umane, ma specie in quella anglo-sassone. È più frequente nell'uomo che nella donna. Compare sopra tutto tra i 35 ed i 50 anni, ma non è rara nell'infanzia.

L'attitudine litogena si trasmette sia per ereditarietà diretta o indiretta, quando negli ascendenti si trovano individui affetti da malattie del gruppo artritico (obesità, asma, eczema, gotta).

È favorita dall'alimentazione troppo abbondante con molta carne e spezie, da abuso di vino, liquori, ecc., e dalle abitudini sedenta-

rie. Tuttavia si può verificare anche in individui temperanti nel mangiare e nel bere, e che fanno molto moto.

L'acido urico è considerato come l'ultimo prodotto del metabolismo dei nucleo-proteidi, che costituiscono la sostanza dei nuclei cellulari. Con le successive ossidazioni i nucleoproteidi producono prima la nucleina e poi l'acido nucleinico, che a sua volta si decompone in acido fosforico, che passa direttamente nell'urina, ed in basi puriniche, adenina, guanina, xantina, ipoxantina, dalla quale ultima deriva infine l'acido urico o triossipurina.

Può essere esogeno ed endogeno. L'esogeno viene introdotto con gli alimenti, specie con la carne e sopra tutto con gli organi ricchi di nuclei: timo, fegato, cervello, rognoni. L'endogeno è formato dagli stessi tessuti dell'organismo, in conseguenza della disintegrazione cellulare e sopratutto dai leucociti e dalle fibre muscolari in lavoro.

Nel sangue è contenuto nella proporzione di 4 centigrammi per litro di siero. Nelle urine si trova sotto forma di acido urico, di urato di sodio, di potassio o di ammonio. L'eliminazione giornaliera è di circa gr. 0.84-0.86, di cui 0.40-0.45 di origine endogena.

La precipitazione dell'acido urico non è in funzione di una sovraccarica, ma dipende essenzialmente da altri fattori: 1) *Abbassamento del pH urinario* (l'acido urico si dissolve nell'urina debolmente alcalina e precipita in quella acida: la litiasi urica è essenzialmente una litiasi acida). 2) *Diminuzione della quantità di sodio* (l'urato di sodio è solubile, e quello di calcio è insolubile). 3) *Abbassamento della concentrazione dell'urina* (la diluizione dell'urina mediante bevande costituisce una delle migliori condizioni di solubilizzazione). 4) *Modificazioni dei colloidi urinarî* (lo stato di soluzione degli urati nelle urine è assicurato dalla presenza di sostanze stabilizzanti che da alcuni AA. sono state individuate nel glicogeno, nel nucleato di soda, nella caseina, nella globulina).

Ma la quistione della litiasi non si riduce a quella della solubilità dell'acido urico. Perchè il calcolo si formi occorre che la sostanza precipitata si agglomeri, è necessario l'intervento di un fattore locale che provochi la concrezione. Questo punto è ancora oscuro. Si sono fatte ipotesi diverse, si è pensato che la sostanza cementante fosse fornita dalla desquamazione epiteliale prodotta dall'irritazione dei cristalli del sale precipitato, dal sangue prodotto da piccole emorragie, ed anche fosse di origine batterica.

La *litiasi ossalica* è quasi frequente come quella urica e spesso si alterna con questa.

Indipendentemente dalle cause già accennate si fa intervenire l'influenza di diete ricche di alimenti contenenti l'acido ossalico (alimenti ossalofori) e capaci di provocarne la formazione nell'organismo (alimenti ossalogeni). Tra i primi venno ricordati: l'acetosella, i fagioli verdi, gli spinaci, il cioccolato, il thè, il rabarbaro; tra i secondi: lo zucchero, la gelatina, la carne.

Bisogna dare una parte importante ai disturbi intestinali, che a seguito di fermentazioni anormali di alcuni alimenti (gelatina, zucchero) producono acido ossalico.

L'acido ossalico endogeno proviene dal metabolismo difettoso e rallentato dei glucidi e sopra tutto del glicogeno dei tessuti.

La precipitazione dell'acido ossalico delle urine è determinata da varî fattori: 1) *modificazione del pH urinario* (l'acido ossalico è relativamente solubile nell'urina acida e precipita in quella alcalina: la litiasi ossalica è una litiasi alcalina); 2) *il contenuto di sodio, calcio e magnesio nelle urine* (la solubilità dell'a. ossalico sarebbe assicurata da una determinata proporzione in queste sostanze); 3. *modificazioni delle sostanze stabilizzanti lo stato colloidale.*

La *litiasi fosfatica* è rarissima. Può essere ereditaria. I fattori etiologici acquisiti agiscono o provocando un eccesso di eliminazione di fosfato calcico o un abbassamento dell'acidità dell'ambiente urinario.

Tra i primi hanno importanza le diete ricche di sali di calcio, la carenza in vitamina A. l'iperfunzionamento delle paratiroidi.

L'alcalinità delle urine può dipendere da un'alimentazione esclusivamente vegetariana (tenendo presente però che i cereali, i piselli, il pane forniscono invece una forte proporzione di acido fosforico e di fosfato acido e tendono ad acidificare le urine), le cure alcaline prolungate, la stanchezza e le emozioni negli individui neuropatici o sovraffaticati, il lavoro mentale intensivo, ecc. La litiasi fosfatica appare talvolta in malati di litiasi urica a seguito di cure che alcalinizzano eccessivamente le urine.

La litiasi fosfatica è essenzialmente una litiasi alcalina.

La *litiasi renale settica* può assumere due tipi: *primitiva* con infezione sovraggiunta e *secondaria* quando il calcolo è un effetto dell'infezione.

L'infezione pilorenale rappresenta una delle più gravi complicanze della litiasi. Di solito è una complicazione di una litiasi già manifesta, ma può anche rappresentare l'accidente rivelatore di un calcolo rimasto sintomatologicamente silente. Il calcolo si comporta come un corpo estraneo irritante i tessuti e provocante spesso una piccola ritenzione di urina. In conseguenza i microbi eliminati dal rene si arrestano e si sviluppano, mentre normalmente possono anche fissarsi. Ad infezione avvenuta il calcolo agisce ancora come elemento irritante che impedisce la sterilizzazione del bacinetto.

La litiasi renale secondaria, calcolo d'organo di Guyon, può verificarsi in individui affetti da tubercolosi renale, cancro del rene,

pionefrosi, pielonefrite cronica, litiasi renale primitiva secondaria infetta.

Per alcuni autori essa rappresenterebbe la grande maggioranza dei casi di litiasi renale, in quanto piccole infezioni locali colibacillari, stafilo- o streptococciche sarebbero gli abituali punti di partenza dei calcoli.

Pillet ha dimostrato sperimentalmente che tutti i batteri alcalinizzanti delle urine provocano la precipitazione di fosfato ammonico-magnesiaco.

Clinicamente il processo sarebbe identico. Sotto l'azione dell'infezione l'urina diviene alcalina: l'urea per fermentazione si trasforma in carbonato ammonico e secondariamente si formano fosfato ammonico-magnesiaco e carbonato di calcio insolubili in mezzo alcalino. Ciò però se spiega la precipitazione dei sali insolubili non dà ragione della loro agglomerazione. Quale è la natura del cemento che li unisce? Per alcuni si tratterebbe di una sostanza prodotta dalla reazione leucocitaria ed ematica prodotta dal germe: lo stafilococco avrebbe un'influenza litogena maggiore di quella del colibacillo, perchè provocherebbe una reazione più forte e quindi fornirebbe più cemento.

Ma non bisogna trascurare l'influenza dei fattori organici litogeni, perchè non tutti gli infetti urinari diventano litiasici, ed in quelli che lo sono l'ablazione del calcolo è seguìta molto spesso da recidive. DR.

Sull'ulcera semplice della vescica.

(POLLAK W. *Z. Urol. Chir.*, v. 39, p. 632, 1934).

Per *ulcus simplex* della vescica va intesa una ulcera per lo più unica, talora multipla, che nei casi recenti ha sede in una vescica altrimenti sana; legata a scarse modificazioni dell'urina, procura invece gravi disturbi ed è particolarmente resistente alla terapia conservativa. È di natura non specifica. È più diffusa in America che in Europa. Vanno, secondo l'A., comprese nel quadro dell'*ulcus simplex* le ulcere che Hunner riporta a un processo metastatico-infiammatorio degli strati profondi della parete vescicale, che solo secondariamente invade l'epitelio; ed anche le ulcere descritte da Heusch col nome di « ulcere atipiche della vescica »: mentre andrebbero nettamente separate dall'*ulcus simplex* i processi ulcerosi incrostanti della vescica.

L'A. descrive due casi di *ulcus simplex* di cui uno particolarmente interessante per le numerose recidive dopo elettrocoagulazione e asportazione operatoria.

I due casi sembrerebbero di origine locale cistogena perchè intervenuti entrambi dopo cistiti. Entrambi in donne, che notoriamente sono particolarmente disposte alla malattia, e nelle quali il ciclo sessuale determina miglioramenti e peggioramenti in corrispondenza ai suoi varî momenti.

Difatti mentre nel premestruo si ha un peggioramento, nel mestruo, nel postmestruo e durante la gravidanza i disturbi diminuiscono, tanto che la gravidanza fu in un caso consigliata a scopo terapeutico, e con successo temporaneo.

L'esame batteriologico delle urine dimostrò, nei casi riferiti, la presenza di germi banali. L'esame istologico dell'ulcera escissa in uno dei casi dimostrò un quadro niente affatto caratteristico.

La diagnosi vien fatta per esclusione; è facile eliminare le lesioni specifiche e il cancro; più difficile è l'esclusione della cistite ulcerosa e dell'ulcera incrostata, tanto più che può accadere, come in un caso dell'A., che secondariamente fu un *ulcus simplex*, trattato chirurgicamente, si formarono deposizioni di fosfati.

È caratteristica dell'*ulcus simplex* la unicità; in 1 caso dell'A. dove si ebbero più volte recidive, sempre un'ulcera succedeva a un'altra; solo di rado si ebbero più ulcere contemporaneamente.

Per la terapia l'A. consiglia l'istillazione vescicale di piccole quantità di bleu di metilene al ¼-½ % in soluzione fisiologica e ha tentato, con qualche vantaggio, di provocare una forte reazione con un'istillazione di collargolo 20%.

Ma il miglior mezzo di cura è l'elettrocoagulazione, superiore anche all'escissione; la cicatrice operatoria della vescica fu in 1 caso dell'A. la sede di tutte le successive recidive.

P. STEFANINI.

L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA

La cura della distrofia muscolare con la gelatina.

(L. STONE e M. ABELES. *Journal Nervous and Mental Disease*, settembre 1934).

I disordini del metabolismo della creatina nella distrofia muscolare e l'importanza della glicina, sostanza dalla quale la creatina deriva, sono state ben definite da indagini biochimiche.

Recentemente è stata dimostrata l'azione terapeutica della glicina nelle miopatie con risultati incoraggianti sopra tutto nella atrofia essenziale e nella miastenia.

Il fatto che la glicina rimane inefficace nelle atrofie muscolari dipendenti da lesioni nervose o da processi infiammatori locali farebbe ritenere che la detta sostanza agisca correggendo l'alterazione del metabolismo muscolare e che la lesione dell'atrofia muscolare differisca da quella dell'atrofia secondaria.

Tenuto conto che la glicina pura costa molto, si è tentato di praticare la cura con la gelatina che ne contiene il 15-20 % e che è molto più a buon mercato e di facile acquisto.

Si fa un'emulsione di cento grammi di ge-

latina con succo di arancio o di ananas e la si fa prendere al paziente epicraticamente durante le ventiquattr'ore.

L'A. ha trattato così 15 casi: di cui sei di atrofia muscolare pseudoipertrofica, 2 di miotonia atrofica, due di myastenia gravis, uno di atrofia muscolare tipo Charcot-Marie, due di sclerosi laterale amiotrofica, uno di atrofia muscolare progressiva, ed uno di poliomielite anteriore cronica.

Nell'atrofia muscolare pseudoipertrofica in capo a tre o quattro mesi si constatarono fenomeni clinici (aumento della forza e del peso corporeo), i quali fanno ritenere che la gelatina ha qualche azione terapeutica, che forse sarebbe stata più effettiva se si fosse trattato di forme morbose incipienti, invece che di casi inveterati.

Gli effetti terapeutici sono probabilmente dovuti al contenuto di glicina, la quale ha sempre il vantaggio sulla gelatina di potere essere meglio dosata, di avere minore volume e di non essere disgustosa.

Nella miotonia atrofica si ebbe un qualche miglioramento solo in un caso. Anche in due casi di miastenia uno solo ebbe un certo vantaggio.

Fatto notevole, anche gli altri casi di distrofia dipendenti da lesioni nervose dimostrarono di essere influenzati dalla cura, il che fa pensare che tra i disordini primarî del metabolismo muscolare e quelli di natura neurogenica c'è una certa analogia se non identità. Ciò consiglierebbe d'insistere nei tentativi di cura con la glicina anche nelle forme di miopatie non essenziali.

Comunque senza essere del tutto rassicuranti i risultati finora ottenuti sono abbastanza soddisfacenti per tentare in ogni caso di distrofia muscolare la cura della glicina o, in mancanza, della gelatina, la quale è alla portata di tutti. Quella estratta dai tessuti legamentosi sembra la più attiva.

Nelle forme iniziali c'è la presunzione di ottenere effetti veramente decisi, specie se si adoperano dosi massive, spinte fino alla tolleranza. DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI

C. HEGLER. *Praktikum der wichtigsten Infektionskrankheiten*. Un vol. in-8°, di 186 pag. G. Thieme, Leipzig, 1934. Prezzo RM. 4,50.

Questo libro del prof. Hegler, Direttore dell'Ospedale di S. Giorgio in Amburgo, è anzitutto un libro vissuto perchè di tutte le malattie trattate, salvo la tularemia, l'A. ha larga esperienza acquisita nella pratica ospedaliera e nelle guerre balcanica e mondiale.

Vi sono considerate tutte le malattie infettive acute, fra cui anche la sepsi, le forme speciali di angina (di Vincent, l'agranulocitosi, la febbre ghiandolare di Pfeiffer) e di stomatite, nonchè fra le malattie trasmesse da animali, la psittacosi, l'actinomicosi, ecc.

Si tratta di un lavoro che comprende le più moderne acquisizioni in materia esposte chiaramente e concisamente e destinato essenzialmente ai medici pratici. *fil.*

P. HAUDOROY. *Les ultravirus pathogènes et saprophytes*. Un vol. in-8° di 462 pagg. Masson et C.ie, 1934. Prezzo 60 fr.

Il campo ancora misterioso degli ultravirus comprende questioni del più alto interesse teorico e pratico. Molto opportunamente, l'A. riunisce e coordina in questo libro le attuali cognizioni in materia.

Dedica la prima parte alla tecnica, tanto diversa da quella della batteriologia dei germi visibili: filtrazione, ultrafiltrazione, cataforesi ecc. sono descritte minuziosamente e chiaramente. Passa in seguito allo studio particolare dei singoli ultravirus dei batteri (batteriofago), delle piante (malattie del mosaico), dei vari animali e dell'uomo, diffondendosi largamente sulle malattie che ci toccano più da vicino (vajuolo, rabbia ecc.). Interessanti sono gli studi sugli ultravirus saprofiti-parassiti obbligati di certi animali, che ci vengono dimostrati mediante certi artifici, che li rendono patogeni.

Nella III[a] parte, espone i principali caratteri fisici, fisiologici degli ultravirus, l'immunità, l'epidemiologia, accennando alle ipotesi sulla loro natura.

Libro del massimo interesse non solo per chi studia *ex professo* tali argomenti, ma per chiunque voglia avere un'idea della complessa questione. *fil.*

F. RATHERY. *Le traitement de la fièvre typhoide*. Un vol. in-8°, di 54 pag. J.-B. Baillière et fils, Paris, 1934. Prezzo 8 fr.

L'A. fu preposto, durante la grande guerra, ad un ospedale per tifosi, in cui passarono 5000 malati ed ha quindi grande pratica della materia che espone qui in diversi capitoli. Profilassi, trattamento delle forme di gravità media, delle varie forme cliniche, delle complicazioni e dei portatori.

Attribuisce grande importanza ai bagni freddi, di cui descrive minuziosamente la tecnica e, per quanto riguarda l'alimentazione, non concede che 2 litri di latte al giorno ed 1-2 cucchiai di succo di carne cruda; nutre scarsa fiducia nella siero-vaccino-batterio-terapia ed in altre terapie di eccezione quasi sempre inefficaci, talora dannose. *fil.*

J. ALBERT-WEIL. *La médication antithermique.* Un vol. in-16°, di 100 pag. J.-B. Baillière et fils, Paris, 1934. Prezzo 15 fr.

È di moda, oggi, di non combattere la febbre, che si giudica in generale un'azione benefica per l'organismo, anzi addirittura la si provoca talvolta con intenti terapeutici (piretoterapia).

L'A., invece, studiando qui l'annoso problema della febbre, conclude che spesso il combatterla non costituisce una terapia semplicemente sintomatica, ma viene a rompere un circolo vizioso patologico ed a compiere — in certo modo — un atto equivalente ad una desensibilizzazione dell'organismo all'agente infettivo ed ai suoi veleni.

L'antitermico usato dall'A. è essenzialmente il chinino che egli somministra regolarmente giorno e notte, a dosi piccole e frazionate, sotto forma di sali o di corteccia; usa anche l'aspirina ed il piramidone, soli od associati. Applica sistematicamente tale metodo alla cura della tubercolosi, della tifoide, di malattie broncopolmonari e di febbri di natura indeterminata, riportando varî casi di malattie, in cui questa medicazione ha avuto buon effetto. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Adunanza del 7 novembre 1934.

La frequenza dei segni radiologici di appendicite cronica nei malati di neoplasma gastrico.

V. BOLLINI. — L'O. riferisce i risultati delle proprie indagini sopra cento malati di carcinoma gastrico in confronto ad un centinaio di malati di ulcera peptica gastrica o duodenale e ad un'altra centuria di malati sottoposti all'indagine Roentgen per tutte le possibili affezioni tranne le neoplastiche. La deduzione principale che emerge da queste ricerche è che la frequenza del quadro radiologico attestante delle alterazioni a carico del cieco-appendice è relativamente esigua fra i malati di cancro dello stomaco (del 30 %) in confronto al gruppo dei gastro-enteropazienti in genere (72 %) e a quello degli ulcerosi gastro-duodenali (83 %). Lo stesso reperto si ottiene considerando distintamente gli uomini e le donne.

Discussione: G. LASCHI, P. MAINOLDI, G. G. PALMIERI, P. BENEDETTI.

Alcuni dati statistici sui cistomi ovarici (mille casi).

M. RANDAZZO. — L'O. riferisce alcuni dati statistici sui cistomi ovarici avendo riguardo all'età delle pazienti, all'epoca della pubertà, alla parità, alla nomo- o bilateralità del tumore. Riportandosi a ricerche di P. Sfameni, da cui risulta un'asimmetria funzionale degli ovari e precisamente una maggior funzionalità dell'ovaio destro sino ai 30 anni, una funzionalità quasi eguale per i due ovari dal 31° al 40° anno di età ed una prevalente funzionalità dell'ovaio sinistro dopo il 40° anno, l'O. con le sue ricerche ha potuto constatare che i cistomi ovarici sono più frequenti a D. (56 %) sino al 40° anno, quasi eguali per i due ovari (a D. 50,98 %, a S. 49,71 %) dal 41° al 50° anno di età, e più frequenti a S. (57,7 %) oltre il 51° anno. Ne conclude che i cistomi sono l'espressione, e la conseguenza, di una spiccata attività ovarica.

Su due casi di pseudo-ermafroditismo in fratelli, tenuti in osservazione per due anni.

C. GERIN. — L'O. espone la storia clinica di due fratelli rispett. di 12 e 13 anni, ritenuti femmine fin dalla nascita e ne descrive ampiamente i dati somatologici, passando poi a trattare dell'interesse che questi casi presentano dal lato medicolegale e biologico in generale.

Discussione: F. BALLOTTA, P. BENEDETTI.

Adunanza del 30 novembre 1934.

Su di alcune anomalie muscolari nell'infanzia.

M. PINCHERLE e G. LODI. — Gli OO. descrivono due casi di agenesia dei muscoli pettorali in due maschietti rispettivamente di 6 e 7 anni; e un caso di agenesia dei muscoli addominali in un lattante di 9 mesi; e si soffermano sull'interpretazione patogenetica dei quadri descritti.

Gli OO. presentano inoltre due fratellini rispettivamente di 4 e 6 anni, portatori in un'anomalia muscolare ereditaria famigliare consistente in un muscolo palmare soprannumerario, con difetto congenito della muscolatura dell'eminenza tenare. L'anomalia in parola era già stata oggetto, per quanto riguarda gli ascendenti diretti (padre e nonna paterna), di una comunicazione alla Società Medica nel 1928 da parte del prof. G. Dagnini.

Anomalie congenite delle apofisi articolari lombari.

M. CAMURATI. — L'O. dopo aver riferito sopra alcune anomalie congenite delle apofisi articolari delle vertebre lombari, proietta i radiogrammi di due casi clinici, che presentavano due apofisi articolari accessorie. Rileva l'importanza, anche pratica, di queste anomalie e conferma l'ipotesi, già emessa dagli AA. della natura congenita di esse.

Discussione: P. MAINOLDI, G. G. PALMIERI.

Pilorospasmo e ipertrofia della musculatura del piloro.

F. SCHIASSI. — Descrive un caso clinico riguardante una giovane di 18 anni che presentava una sindrome da stenosi serrata del piloro e che fu perciò sottoposta a gastroresezione con esito felice. L'esame del pezzo asportato dimostrava una condizione di pilorospasmo con iperplasia della muscolatura del piloro. L'O. discute ampiamente la eziopatogenesi del quadro morboso per concludere in favore di una iperplasia congenita (*plus variante*) della muscolatura del piloro, la quale avrebbe creato il disturbo funzionale gravissimo (pilorospasmo).

Discussione: M. PINCHERLE, G. DE TONI, BOSCHI, G. GAMBERINI, G. G. PALMIERI.

Il Segretario: Prof. P. BENEDETTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La sciatica.

Ricordare le regole date da Sicard:

1) Ogni sciatica nettamente bilaterale di primo acchito non è sciatica.

2) Ogni sciatica, accompagnantesi ad irradiazioni dolorose persistenti verso gli organi genito-rettali o con disturbi sfinterici non è una sciatica essenziale.

3) Ogni sciatica, accompagnantesi ad irradiazioni dolorose persistenti nelle regioni addominale, inguinale, con disturbi vaso-motori, trofici, paralisi motrici, linfocitosi od iperalbuminosi del liquor non è sciatica.

4) Così pure va considerata sospetta ogni sciatica che si inizî prima dei 15 anni di età.

5) Una sciatica, che si accompagna ad una certa attitudine di traslazione laterale e speciale, descritta a torto come scoliosi omologa o crociata, si deve considerare come essenziale.

Nel trattamento, si deve aver di mira che la sciatica è una malattia regionale e che sono colpiti anche i tessuti circostanti. J. Haguenau (*Presse médicale*, 17 ott. 1934) per la cura consiglia sopratutto l'iniezione locale; da farsi epidurale, nella sciatica alta (novocaina, stovaina, siero artificiale, lipjodol), in vicinanza dell'articolazione coxo-femorale, nella sciatica media. Nella bassa, o tronculare, fare delle iniezioni di alcool o di lipjodol.

L'alcool va iniettato da un medico esperto. L'A. consiglia di affondare attorno all'incisura sciatica, nella regione glutea 5-6 piccoli aghi disposti a corona attorno alla detta incisura. In ognuno, si inietta 1 cmc. di soluzione di novocaina o di stovaina (1-2 %); si attendono 5 minuti e, se non si manifesta paresi (il che indicherebbe che è stato interessato il nervo) si pratica l'iniezione di alcool a 95° (3/4-1 cmc. per ogni ago). Anche con l'iniezione anestetica, tale iniezione provoca dolore che dura 30-40 secondi. La si ripete dopo 1-2 giorni, ma è inutile farla più di 3 volte. L'eventuale paresi che si può manifestare con la iniezione dell'anestetico scompare presto, cessata l'azione di questo.

L'iniezione di lipjodol può essere fatta da chiunque; se ne introducono 10 cmc., ripartiti in due punti, incisura sciatica e doccia ischio-trocanterica.

Nella sciatica poplitea esterna l'A. consiglia le iniezioni di aria, (o salicilato di sodio, o joduri o lipjodol) da farsi al collo del perone, nel punto in cui la branca nervosa descrive una curva attorno al collo stesso.

fil.

Emicrania mestruale.

V. Marzetti (*Clinica ostetrica*, ott. 1934) riferisce il caso di una donna di 41 anni in cui dall'età di 18, una leggera emicrania cominciò a precedere e ad accompagnare il periodo mestruale. Da due anni, si è fatta intensissima; con la cefalea, esistono vomito, fotofobia, inappetenza e spossatezza generale. A nulla giovavano i comuni calmanti e si doveva ricorrere alle iniezioni di eroina.

Analogamente a quanto ha ritenuto P. Alessandrini per le coliche epatiche mestruali, l'A. ha pensato che questa emicrania fosse di natura allergica ed ha proceduto a desensibilizzare l'organismo mediante iniezioni settimanali intradermiche di 1/3 di cmc. di un preparato ovarico totale (endovarina). Le prime iniezioni provocavano vertigini, conati di vomito e brividi, sicchè si abbassò la dose ad 1/6 di cmc., ritornando poi all'undecima ad 1/3. Dalla quinta,, si è notato un miglioramento sensibile che è andato sempre più accentuandosi, rimanendo soltanto un lieve senso di cefalea, gravativa in rapporto con i mestrui. Da qualche mese, basta un'iniezione nel periodo intermestruale. *fil.*

Sul trattamento della nevralgia del trigemino.

Dyes (*Münch. Med. Woch.*, 19 ottobre 1934) osserva che la diagnosi di nevralgia genuina del trigemino deve poggiare sulla comparsa repentina degli attacchi, sull'intensità del dolore, sulla limitazione al territorio di distribuzione del nervo (*in toto* o uno dei nervi) e sulla breve durata del dolore. Il trattamento con i mezzi consueti non potrebbe essere più ingrato. Il mezzo migliore è dato dalla sezione retroganglionare del nervo, effettuata da Frazier; ma si tratta di un intervento indaginoso e che espone a complicazioni. L'A. ha saggiato, in 20 casi, l'irradiazione Roentgen profonda (180 kw., 5 ma., 0.5 Cu., 2.0 Al.); solo in 3 mancarono del tutto effetti benefici; negli altri gli accessi vennero distanziati per periodi più o meno lunghi. Negli ultimi casi l'A ha applicato il metodo Holfelder, con cui si fa assorbire dal ganglio 30, 60, 90 % di dose-eritema. In 4 soggetti poco radio-sensibili ha avuto buoni risultati valendosi anche del salasso (100-500 cc.). I casi sono troppo scarsi per autorizzare a delle conclusioni: ma il metodo merita di essere provato. A. P.

La terapia della paralisi progressiva.

Parecchi autori hanno riferito sull'azione benefica dello stovarsolo nella paralisi progressiva. A. De Marco e E. Zara (*Minerva medica*, 1934) riportano succintamente le loro osservazioni su 148 pazienti in 43 dei quali lo stovarsolo fu l'unico medicamento usato, mentre negli altri, esso fu utilizzato come completamento di malarioterapia o di altra terapia. I 43 malati citati erano in condizioni tali da non sopportare alcuna terapia piretogena, mentre

non ebbero disturbi dal medicamento. Questo venne somministrato in iniezioni endomuscolari da gr. 0,50 la prima e da 1 le altre, (ogni 3 giorni) fino ad un totale di g. 19,50.

Costante è stato l'effetto benefico sulle condizioni fisiche non altrettanto su quelle neuropsichiche. Il risultato dipende dalla forma clinica ed è migliore nelle sindromi di eccitazione psichica con delirio espansivo.

In complesso, si è avuto: miglioramento notevole nel 52,5 %, molto lieve nel 15 %, nulla nel 32,5 %. Si deve tener presente che si trattava di malati in condizioni svantaggiose per qualsiasi terapia. Notevole e rapido è stato poi il miglioramento nello stato generale degli altri malati in cui il medicamento venne utilizzato come completamento di cura.

Resistenti, in generale, le alterazioni umorali (sangue e liquor) per quanto si sia avuto miglioramento in qualche caso.

In complesso, l'uso dello stovarsolo nella paralisi progressiva si è mostrato efficace e privo di danni; gli effetti terapeutici sono in rapporto con la precocità dell'intervento e con la forma clinica della malattia. *fil.*

Emorragia subaracnoidea da iniezione endovenosa.

G. Rossi (*Soc. med.-chir. trevigiana*, 4 marzo 1934) riferisce il caso di una ragazza di 26 anni che, in seguito ad iniezione endovenosa di calcio, presentò il quadro grave di una emorragia subaracnoidea, confermata dalla puntura lombare (liquor fortemente ematico). La paziente guarì perfettamente.

Nel meccanismo d'azione, l'A. attribuisce all'iniezione endovenosa la funzione di concausa e giustifica l'insorgenza dell'emorragia con l'influenza che in individui disendocrinici hanno alcune circostanze (crampi e spasmo vaso-motori, fragilità vasali, emozioni, mestruazioni). *fil.*

Avvelenamenti da phanodorm.

Il phanodorm viene generalmente considerato come relativamente atossico per la sua facile degradazione nell'organismo. Ciò nonostante, G. Purpur (*Medizin. Klinik*, 1934, n. 19) riporta un caso di morte in una paziente di 20 anni che, in circa 20 ore aveva preso 8 grammi (40 pastiglie) di phanodorm. Finora, era noto soltanto un caso mortale per suicidio, in seguito all'ingestione di 10 grammi. *fil.*

IGIENE.

Studi sperimentali sull'ufficio del pane bianco nella alimentazione.

Il pane bianco contiene il 63,50 % di sostanze solide (glucidi, protidi, lipidi), il 36,50 % di acqua e tracce di vitamine A e B. Grazie alla presenza di questi tre gruppi di alimenti, il pane ha sempre tenuto un posto di primo ordine nell'alimentazione degli abitanti delle città e delle campagne. Ma i progressi della chimica biologica e della fisiologia generale hanno permesso di costatare che il pane non è un alimento completo e che è insufficiente a costituire da solo la ragione alimentare giornaliera. Perciò si è cercato da molte parti di sostituire il pane grigio al pane bianco.

O. Kauffmann-Cosla, O Vasilco e Simon Oeriu (*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et des Maladies de la Nutrition*, giugno 1934) si sono proposti di studiare la assimilazione del pane bianco da parte dell'organismo, eseguendo ricerche sperimentali sui cani. Essi si sono posti quattro problemi da risolvere:

1) si può ottenere una migliore assimilazione del pane bianco da parte dell'organismo, aggiungendovi dei sali organici?

2) in caso affermativo quali sono questi ioni?

3) quali degli ioni contenuti nel pane bianco sono sufficienti per la razione giornaliera dell'organismo?

4) il pane completo (grigio) ha nella sua composizione degli ioni in un rapporto soddisfacente per la razione alimentare giornaliera?

Gli esperimenti sono stati eseguiti in quattro cani che hanno ricevuto per un certo tempo gr. 250 di pane bianco al giorno ed acqua distillata a volontà. I cani venivano tenuti in gabbie d'alluminio costruite appositamente per lo studio del metabolismo. Le analisi delle orine erano fatte ogni giorno sulla quantità emessa nelle 24 ore e su di esse venivano dosati: il carbonio, l'azoto, l'aldeide acetica, l'acido lattico.

Successivamente al pane bianco venivano aggiunti i sale da cucina, oppure il sale di Osborne; in altri casi al pane bianco veniva sostituito il pane grigio.

Sono giunti così gli AA. alle seguenti conclusioni: I cani nutriti con solo pane bianco ed acqua distillata presentavano dopo un certo tempo: caduta dei peli, dermiti, xeroftalmia, gengiviti e indebolimento generale progressivo.

L'aggiunta di vitamine non è capace di correggere il quadro patologico, al che solo si giunge mediante somministrazione della miscela minerale di Osborne. Mentre gli ioni di fosforo, calcio, cloro, sodio e iodio contenuti nel pane bianco sono sufficienti per una razione alimentare, altrettanto non si può dire per gli ioni di magnesio, potassio e ferro. Il pane completo, per gli ioni che contiene, basta da solo come razione alimentare.

La assenza ovvero la presenza in quantità insufficiente di certi ioni e la assenza di vitamine od ormoni, può provocare disturbi gravi nella ossidazione cellulare con l'accumulo in quantità patologiche dei prodotti intermediari dei tre gruppi di alimenti. Ne conseguono azioni topiche con manifestazioni cliniche differenti. VICENTINI

MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerche sulle variazioni della calcemia nel decorso postoperatorio.

G. Menegaux, A. Guillaumin, J. Pergola (*Journ. de Chirurg.*, n. 6, t. XLIII, 1934) hanno in 11 operati di affezione addominale studiato la calcemia, la fosforemia e la riserva alcalina riscontrando un abbassamento della calcemia, un'ipofosfatemia ed un abbassamento della riserva alcalina, con ritorno al normale in genere dopo il 15° giorno. Gli AA. hanno pure rilevato che sui risultati non influiva il tipo dell'anestesia ed in quanto alla patogenesi danno importanza allo choc simpatico operatorio per trazione sui meso oltre che ad una certa calciopessia nel focolaio operatorio.

Mentre gli AA. concludono per una ipocalcemia in base a scarse oscillazioni di questa, mai superiori ai 10 mmgr., valorizzandole perchè costanti nei loro casi. A noi sembra ciò troppo azzardato avendo proprio noi (Paggi-Grasso) riscontrato come compresi nelle oscillazioni normali variazioni che si spingono sino a 20 mmgr. R. GRASSO

Paratiroidi e callo di frattura.

R. Pazzagli e A. Paoletti Perini (*Lo Sperimentale*, agosto 1934) hanno condotto una ricerca sistematica sulla influenza che il secreto paratiroideo può esercitare sulla costituzione e sulla evoluzione di un callo di frattura, pervenendo alle conclusioni seguenti:

a) in animali chirurgicamente resi paratireoinsufficienti l'evoluzione del callo osseo è ritardato rispetto agli animali di controllo; gli elementi ossei definitivi, il tessuto midollare e la calcificazione si riscontrano più tardi ed in modo meno completo; l'evoluzione degli elementi citologici avviene più lentamente;

b) in animali sottoposti a trattamento continuato di estratto paratiroideo l'evoluzione istologica del callo è precoce, rapida, evidentemente favorita dal trattamento subito.

In conseguenza si può ragionevolmente affermare che esiste un chiaro nesso causale fra opoterapia paratiroidea e formazione di callo di frattura. C. TOSCANO.

POSTA DEGLI ABBONATI

All'abb. n. 2405:

Gli apparecchi ad onde corte — oggi sul mercato — raggiungono prezzi che non permettono ad ogni medico pratico di averli a disposizione. Bisogna distinguere dalla diatermia così detta ad onde corte gli apparecchi ad onde corte p. d.: sono due cose differenti (differenti anche nel prezzo: quello ad onde corte p. d. supera le 10.000 lire). M. E.

VARIA

La castrazione scientifica.

La legge germanica sulla sterilizzazione così detta eugenica è entrata in piena applicazione assumendo degli sviluppi impensati. Sono già state compiute, nell'Ospedale di Stato 111 castrazioni, in individui fra i 20 ed i 60 anni; altri 20 sono pronti per l'operazione. Ce ne riferisce A. Schlegel (*Med. Welt*, 1° dic. 1934), che è il Direttore del citato ospedale.

L'intervento è ammantato di serietà scientifica. L'individuo viene prima fotografato per documentarne le sembianze; poi si analizzano nel modo più preciso, sangue, pressione sanguigna e velocità di sedimentazione delle emazie (a che cosa serva questa non si comprende!).

Sopra un disco fonografico, viene registrata la voce nel suo timbro e nella sua altezza; si studiano in modo completo la psiche e l'intelligenza.

Compiuta questa preparazione, si passa all'operazione; sotto anestesia locale, entrambi i testicoli vengono amputati; in 8 minuti, tutto è finito. Nessuna morte fra gli operati. L'operazione viene eseguita dal chirurgo specializzato del detto ospedale, durante il periodo di espiazione di pena dell'individuo.

Troppo poco tempo è passato per poter riferire sulle conseguenze della operazione. Si può dire soltanto, finora, che non si sono avuti disturbi psichici nè fisici e che la tensione sessuale dei pazienti (il vocabolo è pienamente adattato) è stata influenzata, talvolta fino alla totale neutralizzazione, il che, ci sembra, non desta soverchia maraviglia.

A quanto pare, tale operazione non rientra nella nota legge di sterilizzazione eugenica del 14 luglio 1933, ma è una nuova legge (24 novembre 1933) che la perfeziona, destinando la castrazione ai delinquenti sessuali. Essa, osserva untuosamente lo Schlegel, « non va considerata come una punizione, ma come una misura di sicurezza per il nostro popolo, per la nostra gioventù, che questi delinquenti potrebbero rovinare ».

Alle 16.000 sterilizzazioni eugeniche finora compiute in Germania (nella sola Turingia 1234 su un milione di abitanti) si aggiungono ora le castrazioni. Armi terribili che oggi sono usate in nome di una scienza dalle basi non troppo sicure, ma che potrebbero essere utilizzate per ben altri scopi in un pauroso domani. Ritorno scientifico a tempi che si ritenevano ormai superati, della più remota barbarie.

A. FILIPPINI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

La condizione dell'età per l'ammissione ai concorsi dei sanitari condotti.

Questo argomento è molto delicato. Ne limito ora l'esame ai concorsi dei sanitari condotti, sebbene alcune osservazioni siano comuni alla nomina degli ufficiali sanitari e degli impiegati dei laboratori, perchè la condotta medica è differenziata da condizioni speciali anche in rapporto ai requisiti della nomina dei titolari.

Anteriormente al T. U. 1934 n. 1265 non era fissato, con norma generale, un limite massimo di età per l'ammissione ai concorsi: provvedevano i regolamenti locali.

Il R. D. 19 luglio 1906 n. 446 stabiliva, invece, la esenzione dalla condizione dell'età per coloro che prestassero o *avessero prestato* servizio in altre condotte, « fatto salvo l'accertamento della idoneità fisica dei concorrenti ». La giurisprudenza, interpretando questa regola, considerò utile soltanto il servizio prestato *per ufficio di titolare*, anche se in fase di esperimento.

Non risulta che l'esercizio della facoltà di determinazione del limite di età, affidata ai Comuni con l'approvazione dell'autorità tutoria, abbia degenerato in abusi. Possono essersi verificati casi di deviazione, eccezioni inseparabili dalla imperfezione umana; ma, generalmente, la condizione dell'età, associata all'accertamento della idoneità fisica, è stata regolata con criteri obbiettivi, corrispondenti alle esigenze demografiche e topografiche delle condotte.

Il T. U. 1934 n. 1265, stabilendo un nuovo ordinamento per la nomina dei sanitari condotti, mediante concorsi provinciali, ha fissato, con norma rigida e generale, temperata soltanto da lievi eccezioni permanenti o transitorie, l'età massima di anni 32, minore perfino di quella richiesta dal T. U. della legge comunale e provinciale 1934 n. 383.

È da sperare che così grave limitazione sia riveduta e almeno temperata.

Questa speranza è stata espressa, per motivi vari, da tutti coloro che hanno scritto dello stesso argomento.

A me non sembra opportuna nemmeno la assolutezza di una regola generale e rigida, comune a tutte le condotte sanitarie, senza la possibilità di temperamenti che l'adattino alle condizioni locali, le quali sono varie e diverse.

In certi casi, quando per es. si tratti di condotte non faticose per condizioni topografiche, e si debba provvedere ad esigenze speciali di organizzazione dell'assistenza sanitaria, può essere opportuno che la condizione dell'età massima sia modificata. Stabilire una regola generale è forse utile; ma è anche necessario non escludere la possibilità che, per cause obbiettive e con provvedimento approvato dalle autorità tutorie, sia modificata, in certi casi, la condizione dell'età.

È poi da ritenere eccessivo il limite di anni trentadue.

L'uomo, in confronto degli altri animati, completa assai lentamente e con molto ritardo, la sua formazione organica: vi impiega quasi un terzo della sua vita. Non meno lenta è la formazione della esperienza e della cultura. Difficile e lentissima è la preparazione professionale. Per i medici, specialmente, è necessario un periodo non breve di preparazione post-universitaria. Nell'ospedale, nella condotta, nell'esercizio libero non è possibile assumere la responsabilità sempre grave, talvolta tremenda, dell'esercizio della medicina e, specialmente, della chirurgia, senza una salda preparazione guidata e controllata, dopo gli studi universitari. Si giunge tardi al completamento della capacità professionale, la quale poi è sempre migliorata e perfezionata dalla esperienza e dallo studio. Il privilegio della giovinezza non sempre coincide con le esigenze dell'esercizio della medicina e chirurgia, il quale richiede, specialmente, capacità, maturità, esperienza.

È poi da notare che la condotta medica, anche secondo il nuovo sistema di nomina, ha un ordinamento chiuso; non è l'inizio di una carriera gerarchicamente organizzata, con possibilità di progressione; ma ha un campo definito, nel quale l'attività si inizia e si esaurisce, nelle stesse condizioni. Si comprende la necessità di contenere il limite massimo di età per l'ammissione ad una carriera, nella quale si entra per l'esercizio di funzioni di minore entità e responsabilità, senza autonomia, e l'attività, guidata e controllata dagli organi superiori, si svolge con successive progressioni di grado, corrispondenti alla maturità e alla capacità che nella carriera stessa si formano e si perfezionano. Ma l'ufficio di titolare della condotta, per l'esercizio di una funzione autonoma e delicatissima, presuppone che la preparazione sia compiuta e la maturità sia raggiunta. E nella condotta non si progredisce: purtroppo, se non si decade, manca la possibilità di sviluppi, sinchè vi si permanga.

La stabilità dell'ufficio è *relativa*: può cessare anche per cause incolpevoli, per circostanze obbiettive o sia pure subbiettive non evitabili. Estinto il rapporto d'impiego, quando non è facile l'esercizio libero o non è

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

più possibile l'attività ospedaliera, unica risorsa è la nomina in altra condotta. Ma a questa possibilità si apporrebbe l'ostacolo dell'età, limitata ad anni 32.

Nè molto gioverebbe il temperamento risultante dall'art. 68 del T. U., il quale subordina la esenzione dal limite di età alla condizione che i concorrenti « alla data del bando, *prestino* servizio con nomina definitiva ». Se il rapporto di impiego è cessato, sia pure da poco tempo, la via è preclusa.

Le conseguenze non sono lievi per i sanitari e sopratutto per il servizio pubblico di assistenza, al quale è sottratta la utilizzazione dell'opera di sanitari esperti e capaci, nel migliore periodo della loro maturità.

Sono intuitivi e riconosco gli scopi lodevoli della limitazione; ma è opportuno che la regola sia molto temperata, perchè, così come è formulata, è eccessiva e troppo rigida.

Accenno ora ad alcuni dubbi di applicazione.

a) La condizione dell'età è efficace per i concorsi già addetti e, in ogni caso, per i concorsi singoli? Non è dubbio che il limite massimo sia quello stabilito dalle norme precedenti, se l'avviso del concorso fu pubblicato prima che avesse vigore il T. U. 27 luglio 1934 n. 1265. Non risulta dalla disposizione dell'art. 68 una disposizione che abbia effetti sul passato, cioè sugli atti compiuti, i quali rimangono pienamente efficaci. Non è il caso di spiegare il fondamento della ultrattività delle norme vigenti al tempo della pubblicazione dell'avviso e della determinazione delle condizioni per l'ammissione al concorso È sufficiente ora la conclusione.

Discutibile è, invece, l'applicabilità delle nuove disposizioni ai concorsi singoli, dei quali l'avviso sia stato pubblicato quando era già in vigore il nuovo testo unico. È da ritenere che la condizione dell'età, essendo stabilità dall'art. 68, agli effetti del nuovo ordinamento delle nomine mediante concorsi provinciali, sia richiesta per l'attuazione del nuovo sistema e, invece, sino a quando si provveda a concorsi comunali secondo il precedente ordinamento, abbiano efficacia le precedenti disposizioni.

b) L'art. 68 stabilisce una causa di esenzione permanente: « indipendentemente dai limiti predetti sono ammessi al concorso i sanitari condotti che alla data del bando prestano servizio per nomina divenuta definitiva ». Non è necessario l'esercizio *effettivo* delle funzioni: la disposizione deve essere intesa nel senso che il concorrente, alla data dell'avviso del concorso, fosse *titolare* di un rapporto di impiego, giuridicamente valido. Se, frattanto, fosse stato deliberato il licenziamento e l'atto fosse in contestazione, a rigore non sarebbe possibile l'ammissione, perchè il ricorso non ha effetti sospensivi; ma la grave conseguenza della esclusione potrebbe essere temperata dall'ammissione condizionata o dalla sospensione degli effetti del licenziamento, per ordine dell'autorità giurisdizionale.

Che significa «*nomina divenuta definitiva*?» Che il rapporto d'impiego sia stabile? Sarebbe eccessiva questa condizione. Nè vi sarebbe ragione di escludere, agli *effetti dell'ammissione al concorso*, il titolare di una condotta, se il rapporto di impiego non si sia ancora stabilizzato. Si può comprendere questa limitazione nel caso previsto dall'art. 70, agli effetti della riduzione del periodo di prova, ma non quando si debbano accertare condizioni di età e, quindi, di presunta idoneità fisica, al fine della formazione di un nuovo rapporto di impiego.

La disposizione non è letteralmente chiara, tanto più che in altri casi, quando il T. U. ha richiesto la condizione della stabilità, l'ha prevista espressamente: per es., nel caso dell'art. 73, per i concorsi comunali, ai quali possono partecipare soltanto i titolari delle condotte unificate, purchè « *abbiano conseguito la stabilità* ».

Nè per i sanitari condotti la stabilità è effetto di un atto di *nomina definitiva*, successiva al periodo di prova. L'art. 37 dispone che « la nomina al posto di ufficiale sanitario in seguito a concorso è fatta in via di esperimento per un biennio, *trascorso il quale il prefetto provvede alla nomina definitiva o alla dimissione* »; l'art. 70, invece, dispone che il medico condotto « *acquista diritto alla stabilità dell'ufficio e dello stipendio dopo due anni di prova* ecc. ecc. ».

Si deve, quindi, ritenere che l'art. 68, prevedendo la condizione della nomina definitiva, non richieda che il rapporto di impiego sia stabile. Questa limitazione non sarebbe logica e nemmeno letteralmente necessaria.

Ma la designazione della « nomina divenuta definitiva », si può intendere nel senso di atto di nomina divenuta efficace? Logicamente non avrebbe senso la specificazione della efficacia perchè se l'atto non fosse efficace non sarebbe, per se stesso, valutabile dal punto di vista del titolo di ammissione ad un concorso. Letteralmente, la disposizione si riferisce alla *nomina divenuta definitiva* e non all'atto che sia o non sia ancora efficace ed eseguibile.

Sembra più ragionevole intendere la definitività in contrapposto alla provvisorietà, sicchè siano escluse le nomine interinali, le supplenze e in genere le prestazioni straordinarie, e sia limitata la esenzione ai titolari della condotta, nominati in base a concorso. Così era intesa la disposizione dell'art. 27 del R. D. 19 luglio 1906, n. 446. C'è qualche difficoltà letterale: nomina *divenuta* definitiva, dice l'art. 68. Ma deve prevalere la logica, anche se la interpetrazione possa apparire in parte correttiva della manifestazione formale della

volontà. È, quindi, da ritenere fondatamente che siano dispensati dal limite di età i sanitari condotti, titolari di un rapporto di impiego, anche se non stabile.

c) L'art. 361 prevede una causa di esenzione temporanea: ai concorsi indetti entro il 31 dicembre 1937 possono essere ammessi, indipendentemente dai limiti di età, i sanitari che dimostrino di avere già prestato servizio di condotta con nomina divenuta definitiva, precedentemente alla entrata in vigore del presente testo unico ».

Anche in questo caso si deve intendere che siano dispensati dalla condizione della età i titolari delle condotte mediche, indipendentemente dalla *stabilità* del rapporto di impiego.

d) Accenno ora, brevemente, alle norme che modificano la condizione dell'età per titoli speciali.

Continuano ad avere effetto le disposizioni degli art. 42 del R. D. 30 settembre 1922, n. 1290, e del R. D. 24 settembre 1923, numero 2073: il limite massimo di età è aumentato di cinque anni per coloro che abbiano prestato servizio militare durante la guerra. La giurisprudenza ha inteso con larghezza questa disposizione, dichiarando efficace il servizio prestato ovunque e per qualsiasi durata.

Per i sanitari regolarmente iscritti ai Fasci di Combattimento, senza interruzione, da tempo anteriore al 28 ottobre 1922, e per i sanitari che abbiano il brevetto di *ferite*, anche se iscritti posteriormente al 1922, il limite di età è aumentato di quattro anni in aggiunta all'eventuale aumento per altro titolo. L'art. 8 del R. D. L. 13 dicembre 1933, n. 1706, concernente l'età per l'ammissione degli iscritti al P. N. F., si riferiva agli impiegati statali. Ma la stessa disposizione fu estesa agli enti locali dall'art. 8 del R. D. 19 aprile 1934, n. 546; può essere dubbia la efficacia di queste norme, relativamente ai concorsi sanitari; ma sono persuaso della risoluzione affermativa: vedere, per maggiori cenni, la nota sintetica del *Diritto Pubblico Sanitario*, 1934, n. 11.

È, infine, da avvertire che l'art. 3 del D. L. 1° giugno 1933, n. 641, ha esteso agli Enti locali, limitatamente al primo concorso indetto dopo l'entrata in vigore del decreto stesso, le disposizioni dell'art. 3 del D. L. 23 marzo 1933, n. 227, il quale, relativamente agli impieghi dello Stato, aumenta di quattro anni il limite massimo di età. È da ritenere che questa disposizione non sia applicabile ai concorsi provinciali per la nomina dei sanitari condotti, che è regolata dall'art. 36 del testo unico 1934 con disposizioni organiche posteriori ai citati decreti, le quali disciplinano un ordinamento nuovo e diverso. Si può ammettere, invece, che siano applicabili al primo concorso *singolo* comunale, posteriore all'entrata in vigore del R. D. 1° giugno 1933, n. 641.

Risposte a quesiti per questioni di massima.

1° *Dott. L. F.* (abbonato N. 11004). — La indennità per mezzi di trasporto è dovuta dal Comune in relazione al servizio della condotta, cioè è dovuta per l'assistenza ai poveri. Ma il medico condotto è, come tale, obbligato a prestare assistenza anche agli abbienti che ne facciano richiesta, osservando le speciali tariffe che sono per ciascuna provincia proposte dall'Associazione sindacale giuridicamente riconosciuta e approvate dal Prefetto (art. 4 T. U. 1934, n. 1265). Dato ciò, io ritengo che, se le tariffe non considerino la distanza, il medico condotto non abbia diritto di chiedere un rimborso per mezzi di trasporto.

2° *Dott. V. M.* (abbonato N. 397). — Il T. U. delle leggi sanitarie 27 luglio 1934 n. 1265, pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » del 9 agosto, è entrato in vigore nel quindicesimo giorno dopo quello della pubblicazione. Le norme di esso hanno piena efficacia, indipendentemente dal regolamento che non si può prevedere quando sarà pubblicato.

3° *Dott. M. G.* (abbonato N. 3470). — L'art. 47 del T. U. 1934 n. 1265 dispone che l'ufficiale sanitario è collocato a riposo con decreto del Prefetto quando ha compiuto 65 anni di età. Soggiunge l'art. 364 che le disposizioni concernenti il collocamento a riposo saranno applicate dal 1° luglio 1936. Però il Prefetto procede sin da ora al collocamento a riposo degli ufficiali sanitari che abbiano compiuto 65 anni di età e 40 anni di servizio o 70 anni di età e 35 di servizio.

Le norme concernenti il trattamento di riposo sono quelle ora in vigore. Le disposizioni del citato T. U. concernenti i limiti di età, non si applicano ai medici carcerari. Probabilmente, però, liquidata la pensione, sarà applicato il divieto di affidare incarichi ai pensionati.

4° *Dott. M. F.* (abbonato N. 7662). — Se la deliberazione di licenziamento è stata pubblicata e resa esecutiva dal Prefetto, è da ritenere che, sebbene non notificata, non possa il Podestà revocarla.

Avendo Lei 69 anni di età, potrebbe essere collocato a riposo sin da ora se avesse compiuto 40 anni di servizio; altrimenti, si dovrebbe attendere il compimento del 70° anno e di 35 anni di servizio. Se però il posto è già soppresso, mancherebbe la ragione della revoca della dispensa dal servizio deliberata dal Podestà.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuiti.**

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per gli orfani dei medici caduti in guerra.

L'Opera di assistenza agli Orfani dei Medici caduti in Guerra costituisce, indubbiamente, uno dei più alti titoli d'onore dell'intera Classe Medica Italiana.

A giusta ragione, tale Opera è stata ricordata ed esaltata in occasione della recente Adunata in Roma delle Forze Sanitarie Combattenti, Adunata che — mentre ha mostrato, ancora una volta, la fede insuperata e la schietta saldezza morale della nostra Classe — ha raccolto pure, intorno alla figura del medico italiano, combattente sempre, in pace e in guerra, la simpatia e la commossa riconoscenza della Nazione tutta.

I medici italiani hanno sentito in questa Opera di assistenza agli orfani dei loro gloriosi Caduti come un obbligo sacro, come un atto di doveroso omaggio alla Memoria di Essi; ed al finanziamento dell'Opera hanno da soli provveduto e provvederanno fino al 1942, e cioè fino a quando gli ultimi orfani assistiti non avranno terminato gli studi superiori e non avranno raggiunto quella maturità fisica, morale e intellettuale necessaria per superare le difficoltà della vita quotidiana.

I medici italiani hanno già dato oltre mezzo milione per mantenere in vita questa Opera che fino ad oggi ha assistito 75 orfani: lo hanno dato, questo contributo, a traverso i loro Ordini provinciali o con offerte personali promosse dal Comitato che l'Opera stessa ha voluto e dirige. Centesimi... lire... che si accumulano con fatica, perchè le dure esigenze della vita frenano troppo spesso lo slancio dell'animo, quand'anche non siano tali da annullarlo totalmente; ma centesimi e lire che valgono tuttavia a mantenere viva quest'opera di fede e di amore, che onora tutta la nostra Classe.

Periodicamente, il Comitato chiama a raccolta tutti i colleghi, e i giovanissimi soprattutti, coloro cioè che più vivo sentono certamente il dovere di essere partecipi di questa azione, dalla quale pure ad essi deriva tanto riconoscente amore e tanta ammirazione.

E in questi giorni appunto il Comitato torna a diffondere a tutti i medici d'Italia l'artistica serie di cartoline che già ebbe lo scorso anno lusinghiero successo perchè, al valore pratico e ideale del soccorso a cui chiama i Camerati tutti, felicemente unisce, anche, una significativa e commovente esaltazione dell'opera del medico, in pace e in guerra.

E alle serie di cartoline il Comitato ha voluto aggiungere quest'anno un artistico calendarietto in alluminio, di utile consultazione e che — in sostituzione della comune tessera — testimonierà pure, in forma simpatica e nuova, del contributo che ciascun collega avrà dato a questa Opera.

Tale contributo il Comitato ha voluto limitare alla somma di *lire cinque soltanto*, nella fiducia, anzi nella certezza, che tutti i colleghi ne saranno indotti a compiere senza indugio — malgrado le non lievi difficoltà del momento — questo gesto di alta solidarietà umana.

I contributi dovranno essere versati a mezzo del certificato di allibramento unito alle cartoline, ovvero direttamente al Comitato Nazionale di Assistenza agli Orfani dei Medici caduti in Guerra, via Nazionale 200, Roma.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Per l'assistenza sanitaria ai R. R. Carabinieri.

Il Ministero dell'Interno ha diramato una circolare alle RR. Prefetture riguardante la assistenza sanitaria ai militi dell'Arma dei RR. Carabinieri, ricordando che al quesito se tale assistenza doveva essere prestata gratuitamente dai medici condotti, il Ministero con sua Nota dell'11 luglio 1927 aveva ritenuto che il compito di tale assistenza gratuita fosse estraneo alla normale funzione esercitata dai Comuni a solo vantaggio dei poveri, soggiungendo che per considerazioni di opportunità non era contrario a che i Comuni stabilissero speciali agevolazioni per la prestazione dell'assistenza a favore dei militi dell'Arma.

La circolare così continua:

« Dalle risposte a suo tempo pervenute dalle Prefetture risultò che quasi tutti i Comuni del Regno, anzichè stabilire le accennate agevolazioni, decisero, in accordo coi medici condotti, di prestare ai militi suddetti l'assistenza sanitaria del tutto gratuita.

« Senonchè, con recente comunicazione, il Sindacato nazionale fascista dei medici, resosi interprete delle lagnanze mosse da molti medici condotti, ha manifestato l'opportunità di invitare le Amministrazioni comunali e consorziali a sopprimere nei capitolati sanitari la disposizione relativa all'obbligo, per i medici, di prestare gratuitamente la propria opera ai militi dell'Arma dei RR. Carabinieri ed a stabilire, in suo luogo, speciali agevolazioni a favore dell'Arma per la retribuzione del servizio di assistenza sanitaria, mediante l'adozione di abbonamenti, di tariffe ridotte, o di altri sistemi intesi a diminuire la spesa per le prestazioni professionali dei medici condotti.

« Confermando il principio manifestato con la precedente citata circolare, per cui il compito dell'assistenza sanitaria gratuita ai RR. Carabinieri deve considerarsi estraneo alle normali mansioni dei medici condotti, in quanto esso andrebbe oltre gli scopi istituzionali della condotta medica, questo Ministero non può che riconoscere l'opportunità di aderire alla richiesta del Sindacato nazionale dei medici, e prega, pertanto, le EE. LL. di invitare i Comuni ed i Consorzi a determinare, in accordo coi comandi locali dell'Arma dei RR. Carabinieri, le accennate agevolazioni per la retribuzione del servizio di assistenza sanitaria, sia per le visite mediche richieste in caso di malattia dei militi.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AREZZO. *RR. Spedali Riuniti di Santa Maria Sopra i Ponti.* — Concorso, per titoli, a medico primario delle seguenti specialità: otorinolaringoiatria, oculistica, radiologia e dermosifilopatia; lire 3500 annue lorde delle ritenute di legge; percentuali; biennio di esperimento. Scad. ore 18 del 20 marzo. Tassa L. 100,10, al tesoriere dell'Amministrazione. Età limite 45 anni. Rivolgersi agli Uffici dell'Amministrazione, via della Fonte Veneziana. Chiedere avviso.

BARI. *Consorzio Provinc. Antitubercolare Vitt. Em. III.* — Direttore della Sezione Dispensariale di Trani; stip. L. 9000, detratte ritenute e riduzioni; indennità di trasferta (L. 30 e L. 50 al giorno); 4 quinquenni decimo; titoli ed esami. Età limite 40 anni al 25 novembre. Tassa L. 50,10. Scad. ore 12 del 31 marzo. Chiedere annunzio alla segreteria. Sede del Consorzio: via Dante Alighieri 42, Bari.

BOLOGNA. *Istituto Carlo Pizzardi* (per malati di petto). — Scad. 31 genn.; aiuto del Gabinetto di Radiologia; L. 5500 oltre L. 1584 indennità speciale e percentuale proventi; tassa L. 25. Non più di 7 anni dall'esame di Stato; titolo di specialità in radiologia e certificato di buona pratica radio-diagnostica e di un tirocinio di radio-terapeutica.

BRESCIA. *Spedali Civili.* — Medico reggente di uno dei tre reaprti tubercolotici; L. 6000 al lordo delle ritenute e riduzioni di legge, partecipaz. 75 %; titoli. Scad. 20 marzo, ore 16. Età limite 45 anni al 20 dic. Tassa L. 50. Documenti non anter. al 20 ottobre. Chiedere avviso. Rivolgersi Ufficio di Presidenza, via Moretto 42.

COMO. *Ospedale di S. Anna ed Uniti LL. PP.* — A tutto il 31 gennaio è aperto concorso per esami e per titoli, a tre posti di medico-chirurgo aggiunto, retribuiti con annue L. 4200, decurtate del 12 % e al lordo di R. M., con partecipazione al riparto delle tasse di ammissione e di operazione corrisposte dai ricoverati in classe « paganti privati ». La carica è temporanea ed ha la durata di 3 anni senza diritto di riconferma. La nomina non diverrà definitiva se non a seguito di conferma da parte del Consiglio di Amministrazione dopo un anno di prova. Docum. a tre mesi dall'1 dic.; tassa L. 50. Alloggio e vitto. Chiedere annunzio alla Segreteria del Consiglio d'Amministrazione.

FANO (*Pesaro*). — *Congregazione di Carità.* — Concorso per titoli, al posto di medico primario del Civico Ospedale S. Croce. Stipendio L. 7200. Servizio attivo L. 610. Caro-viveri come per gli altri impiegati dell'Ente. Compartecipazioni. Il tutto al lordo delle ritenute di legge. Scadenza 5 febbraio 1935-XIII.

FERRARA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 30 gennaio; medico aiuto del Dispensario del Capoluogo; stipendio L. 10.800 lorde, da ridurre del 6 %; esso è comprensivo del c.-v. e di qualsiasi altra indennità; due soprassoldi quinquennali del decimo; compensi per le trasferte; titoli ed esami; età limite all'1 dicembre anni 40; titolo di abilitazione alla professione di medico chirurgo da almeno 2 anni.

GHILARZA (*Cagliari*). *Congregazione di Carità.* — Concorso posti Direttore ed Assistente Sanitaria Dispensario Antitubercolare. Stipendio annuo lire 3600 e L. 4800, rispettivamente, con trattamento legge. Documenti posto Direttore entro 23 febbraio 1935; posto Assistente entro 23 gennaio 1935. Rivolgersi alla Segreteria.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni.* — Cinque posti di allievo Ispettore medico. Concorso per titoli ed esami. Gli esami consistono in due prove scritte di medicina e chirurgia, prova orale di patologia medica e chirurgica, elementi di oculistica, otoiatria, igiene, psicotecnica ecc. Prove facoltative di igiene (scritta e pratica) e lingue estere (scritta ed orale). Età massima 30 anni, con varie eccezioni. Scadenza 19 gennaio 1935. Per avere il programma di concorso, rivolgersi alla Direzione Generale Ferrovie Stato - Serv. Personale e Affari Generali - Ufficio Concorsi, piazza Croce Rossa, Roma.

ROMA. *Pio Istituto di Santo Spirito e Ospedali Riuniti.* — Scad. 29 gennaio. Concorso per esami e titoli per la nomina di due aiuti radiologi. Età massima, al 10 dicembre, anni 35. Non meno di due anni di servizio come assistente negli Ospedali Riuniti di Roma e dichiarazione finale di idoneità. Stipendio L. 7300 al lordo delle ritenute e riduzioni. Indennità di caroviveri. Tassa L. 50. Domanda e documenti all'Amministrazione del Pio Istituto.

ROVIGO. *Amministraz. Provinc.* — Concorso per titoli scientifici e pratici ad un posto di medico di Sezione dello Spedale Psichiatrico Provinciale, età minima 25, massima 35 anni, salvo comprovate eccezioni di legge. Scadenza 31 gennaio 1935-XIII. Stipendio annuo iniziale L. 12.000, e indennità di caro-viveri al lordo delle riduzioni e trattenute; cinque aumenti del decimo dello stipendio; alloggio personale e vitto; tassa di concorso L. 50; obbligatoria l'inscrizione alla Cassa di Previdenza.

SIRACUSA. *Ospedale Umberto I.* — Scad. 20 febb. Chirurgo Direttore; L. 16.000 al netto delle riduzioni e suscettibile di quattro aumenti quadriennali del decimo. Compartecipazione. Trattenute di legge. Età massima al 15 novembre, anni 40, s. e. l. Laurea e diploma di abilitazione da almeno cinque anni dal 15 novembre. Servizio in Ospedale di almeno 40 letti per non meno di cinque anni, se nella qualità di aiuto o di assistente; per non meno di tre anni, se nella qualità di primario; ovvero libera docenza in patologia o clinica chirurgica. Tassa L. 50. Rivolgersi alla Congregazione di Carità.

TREVISO BRESCIANO (*Brescia*). *Sanatorio Infantile « Benito Mussolini » ed Istituti Affini di Valledrane* (Ente Morale). — È aperto concorso per titoli ed eventualmente per esami al posto di medico direttore, stip. L. 24.000 e 6 bienni decimo, oltre L. 8000 serv. att. e compartecipaz. (è garentito un minimo di L. 4000 e non può superarsi il massimo di L. 8000); è vietato il libero esercizio ma è concessa la consulenza. Età limite 45 anni; tassa L. 50,50; documenti a 3 mesi dal 15 nov. Per le altre condizioni chiedere copia del bando. Scad. ore 16 del 28 febbr.

VENEZIA. *Ospedali Civili.* — Scad. 16 febb. Concorso per titoli ed eventualmente per esami al posto di Primario Direttore della Sezione malattie infettive in Isola S. Maria delle Grazie; stipendio L. 6000; disag. resid. e trasferta L. 4000; età massima anni 40 s. e. l. Otto anni di laurea e non meno di tre di servizio effettivo quale aiuto in un

Ospedale importante od assistente in una Clinica medica, oltre un biennio di servizio effettivo in Sezione Ospedaliera di malattie infettive di riconosciuta importanza. Rivolgersi alla Segreteria degli Ospedali Civili.

CONCORSI A PREMI.

Premio « Fabio Vitali ».

È aperto il concorso per il conferimento di un premio 1934-35 di L. 2500 di fondazione prof. Fabio Vitali per il migliore lavoro originale sul seguente tema: « La poliomielite acuta epidemica ».

Detto tema dovrà essere svolto con ricerche originali da medici iscritti nell'Albo di Venezia, sono esclusi i primari dell'Ospedale Civile ed Istituti dipendenti, e dovrà essere presentato entro il febbraio 1935, secondo quanto dispone il regolamento per la assegnazione del premio.

Per informazioni rivolgersi alla direzione sanitaria dell'Ospedale Civile, Venezia.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Come riferiamo in altra parte del giornale, il sen. prof. Nicola Pende è stato nominato professore *honoris causa* della Università di Bordeaux.

L'Accademia Nazionale di Medicina della Spagna, in occasione del suo secondo centenario, ha nominato membri onorari i proff. N. Pende di Genova, P. Rondoni di Milano, P. Mühlens di Amburgo.

L'Accademia Nazionale di Medicina della Spagna ha nominato al seggio lasciato vacante da Ramon y Cajal il neurologo J. M. Villaverde.

Il prof. Bezançon di Parigi, titolare della cattedra di clinica medica all'Ospedale Sant'Antonio, è chiamato alla cattedra di clinica della tubercolosi, nell'Ospedale Laennec, divenuta vacante per il decesso del prof. Léon Bernard.

Il prof. Tullio De Sanctis Monaldi è nominato membro corrispondente della « Société Médicale des Hôpitaux de Paris ». I nostri rallegramenti cordiali al valente studioso.

Il prof. Edoardo Carapelle, ufficiale sanitario di Palermo, è stato insignito della commenda della Corona d'Italia.

L'editore Friedrich Lehmann di Monaco ha ricevuto lo scudo nobiliare della Federazione Germanica, in riconoscimento dei servigi resi alla medicina e alla biologia con la sua attività editoriale.

Il Congresso americano di fisioterapia ha assegnato la sua più alta onorificenza, la « chiave d'oro », al dott. O. Bernard di St. Moritz, al prof. H. Bordier di Lione e al dott. Fr. Nagelschmidt di Berlino.

La Umfia, Unione medica latina, ha offerto una spada d'onore al prof. J.-L. Faure, in occasione della di lui nomina all'Istituto di Francia. La spada è un'opera d'arte dell'orefice Falize.

Il col. prof. Pasquale Tecce è stato promosso maggiore generale medico e nominato presidente del collegio medico legale.

A far parte del Consiglio direttivo della Società italiana di medicina coloniale è stato chiamato anche il prof. E. Zavattari, come vice-presidente.

Nell'Ospedale S. Carlo di Potenza, presenti autorità e numerosi sanitari, sono state offerte al dott. Giuseppe Gilio, che dopo 40 anni di pregevole servizio ospedaliero ha lasciato il pio luogo, una targa d'argento e una medaglia d'oro offerte, in atto di gratitudine, dal Consiglio di Amministrazione dell'ospedale.

LITORA ALIENA

Da Parigi.

Conferenza del sen. Pende in Francia.

Perdura negli ambienti scientifici ed intellettuali francesi l'impressione vivissima destata dalla conferenza del prof. Pende a Parigi, nel grande anfiteatro della Sorbonne, conferenza promossa dal Comitato Italia-Francia, e che ha rappresentato un vero trionfo per la scienza dell'Italia Fascista.

L'uditorio intellettuale che affollava la grande sala Descartes, con la presenza di notabilità del campo medico, letterario, politico francese, dell'Ambasciatore e dell'Ambasciatrice d'Italia, del Console italiano, del presidente della Dante, del Segretario del Fascio di Parigi, e di moltissime personalità della colonia italiana ha testimoniato all'illustre clinico d'Italia, che tanto alto mantiene all'estero il decoro della medicina italiana, una grande ammirazione. Gli applausi all'Italia ed al suo Duce hanno più volte echeggiato nella sala.

L'oratore, che ha parlato francese, in una dizione perfetta, è stato continuamente interrotto da ovazioni.

L'argomento trattato dal prof. Pende interessa il nostro avvenire come nazione e come razza. Si tratta, cioè, dei mezzi scientifici per formare, durante l'epoca dello sviluppo, cittadini completi, equilibrati di corpo e di spirito e perciò veramente sani e forti; e si tratta anche dei mezzi atti a prolungare nell'età adulta la durata della vita produttiva e riproduttiva, ritardando l'involuzione della vecchiaia.

Controllo ortogenetico e revisione del motore umano come pilastri del miglioramento della razza e prolungamento dell'età giovane e forte: ecco il grande campo, percorso con studi oltremodo interessanti di un trentennio, dal nostro Pende, ed esposto dall'illustre scienziato brillantemente e da par suo alla Sorbonne in questa conferenza. Il Pende ha dimostrato come solo visitando a fondo e periodicamente i fanciulli e gli adolescenti apparentemente sani, mercè esami compiuti in appositi istituti per la tutela ortogenetica della crescenza fisica e psichica, si possono scoprire le anomalie e le predisposizioni ereditarie dei vari organi, che, se non conosciute in tempo e trascurate, possono condurre e conducono a squilibri e a malattie dell'essere adulto.

Accertando in tempo tali anomalie di crescenza, noi possiamo correggerle con alcuni recentissimi mezzi conquistati dalla scienza moderna, e formare così uomini equilibrati ed armonici. E di più tale conoscenza della costituzione fisica e psichica degli adolescenti permette due altre applicazioni pratiche, e cioè una educazione armonica e razionale adatta al temperamento fisiologico ed al carattere individuale e che, sopratutto, è in grado di correggere quelle deficienze di sviluppo del corpo, del carattere, dell'intelligenza, che ostacolano una educazione e cultura regolare ed armonica dello scolaro.

L'altra grande applicazione del controllo ortogenetico è l'orientamento razionale del giovane alla carriera che più si confà alla sua natura fisica e psichica, per cui non potranno esser messi più nella vita sociale individui inadatti ed incapaci di mantenersi nel loro giusto posto di produzione lavorativa. Dopo di che il Pende è passato ad illustrare l'altro grande cardine della bonifica umana costituzionale, quello che riguarda l'età più difficile e pericolosa della vita umana, l'età tra i 40 ed i 55 anni, quando si comincia insensibilmente a declinare ed a deformarsi nel corpo e nell'armonia del corpo con lo spirito. Ora il Pende dimostra che se ogni individuo in questa età critica si sottoponesse a quella che egli chiama revisione del motore umano, cioè controllo ed esame profondo di tutti gli organi, per riparare ai primi danni dell'età della declinazione ed involuzione, l'individuo potrebbe vivere un quarto di secolo più a lungo, in una vita sana e produttiva. Invece la negligenza di tale revisione e di tale cura preventiva delle degenerazioni senili incipienti fa sì che noi ci abbreviamo almeno di un quarto di secolo la vita, specialmente la vita produttiva e riproduttiva.

Il Pende ha esposto, nella più viva attenzione dell'uditorio, affascinato dalla limpida parola del clinico italiano, la sua dottrina sulla vecchiaia, la dottrina delle tre stasi: la stasi tossica lacunare, la stasi intestinale, la stasi circolatoria.

Ha dimostrato come è possibile combattere razionalmente queste tre stasi che producono lentamente tutti gli acciacchi e le malattie della senilità, e ritardare così razionalmente questo grande male di tutti i mali.

La conferenza è stata alfine salutata da una ovazione interminabile.

* * *

Dopo il grande successo ottenuto alla Sorbonne di Parigi con la sua conferenza mirante al miglioramento della razza, alla tutela della crescenza degli adolescenti ed al prolungamento della vita umana produttiva e riproduttiva, il sen. prof. Pende, invitato dalla Università di Bordeaux, in due altre conferenze, l'una sui cardini della medicina preventiva, l'altra sui mezzi per evitare la morte improvvisa, è stato fatto segno da parte delle autorità scientifiche e politiche della città a calde accoglienze, culminate nella di lui nomina a professore *honoris causa* dell'Università di Bordeaux.

NOTIZIE DIVERSE.

41° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Il 41° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna sarà tenuto quest'anno a Bologna nel mese di ottobre p. v.

I temi all'ordine del giorno sono:

1° Sistemazione clinica degli itteri (relatori: sen. prof. F. Micheli, prof. G. Dominici, prof. A. Allodi);

2° Valutazione della costituzione individuale (relatore: sen. prof. G. Viola);

3° Mediastino-pericarditi (relatore: prof. G. Zagari), in collaborazione con la Società Italiana di Chirurgia.

4° Congresso internazionale ospedaliero.

Come abbiamo annunziato, si svolgerà a Roma dal 5 al 12 maggio. Vi saranno ufficialmente rappresentate 40 Nazioni.

Verrà preceduto da un viaggio di studio, a Milano, Torino, Genova e Firenze, nei giorni 28 aprile - 4 maggio e verrà seguìto da una gita nell'Ita-

lia meridionale, in Sicilia ed a Tripoli (Leptus Magna).

Il congresso avrà sede nell'Albergo Russia (via Borghese). La Segreteria funziona attualmente nell'Ospedale di Santo Spirito, Borgo S. Spirito 2, Roma.

In sedute plenarie saranno discussi i seguenti temi: « L'ospedale come parte di un sistema di sanità pubblica »; « L'arredamento e gli impianti tecnici negli ospedali »; « L'attività dell'ospedale e la sua protezione in caso di calamità nazionale »; « L'importanza delle differenti categorie di personale ospedaliero nei loro rapporti con la collettività ».

Si aduneranno anche varie commissioni, sottocommissioni e commissioni miste (i presidenti sono pregati di rivolgersi, al più presto, al Dr. Alter, Casa Fegotto, Siracusa, Sicilia).

Al Congresso sarà unita una Mostra che dovrà testimoniare quanto il Regime ha fatto in Italia per l'assistenza ospedaliera. Una Sezione di essa riguarderà la radiologia; la presidenza della S. I. R. M. fa vivo appello ai colleghi, affinchè tale Sezione riesca un'affermazione della radiologia italiana negli ospedali. Preghiera di mettersi sollecitamente in rapporto col prof. Attilj, presso la segreteria del Congresso.

Il programma provvisorio del Congresso è pubblicato in « Nosokomeion », N. 4 del 1934; il programma definitivo sarà pubblicato nel N. 1 del 1935 dello stesso periodico (edit.: W. Kohlhammer, Stuttgart, Germania).

6° Congresso italiano di anatomia.

Si è tenuta a Roma dal 19 al 22 dicembre la VI Riunione della Società Italiana di Anatomia.

All'inaugurazione, avvenuta nell'aula magna dell'Istituto di anatomia umana normale, intervennero il ministro dell'Educazione nazionale on. Ercole, il direttore della Sanità militare ten. gen. Franchi, il direttore dei Servizi sanitari della Marina ten. gen. Falso, il vice-direttore generale della Sanità pubblica prof. Ilvento ed altre personalità.

Il sen. Versari, presidente della riunione, rivolge brevi parole ai congressisti, compiacendosi dei continui progressi che opera la scienza anatomica italiana, e polemizzando brevemente con quanti la ritengono ormai superata. Egli ricorda poi i colleghi andati durante l'anno a riposo per limiti di età, proff. Bertelli, Chiarugi, Staderini e ne pone in rilievo i meriti scientifici e didattici. Termina ricordando che esiste ancora in Italia un problema dell'assistente, la cui soluzione è necessaria per le migliori fortune della scienza.

Risponde brevemente il Ministro, dicendosi lieto di porgere il saluto del Governo a una così eletta accolta di studiosi di ogni parte d'Italia, ed assicurando che il problema dell'assistente occupa e preoccupa le Gerarchie del Governo e del Partito. Fa quindi i suoi migliori voti personali per l'ottima riuscita del Congresso.

Sono stati inviati telegrammi di devozione al Re e al Duce.

I lavori hanno assunto notevole interesse; vi hanno partecipato attivamente, con relazioni, comunicazioni o discussioni, molti studiosi, tra cui i proff. Busi (radiologia della vena azigos), Cotronei (teorie morfologiche oggi dominanti), Livini, Ghigi, Luna, Favaro ecc. I proff. Levi e Terni hanno proiettato delle cinematografie.

I congressisti hanno visitato il Foro Mussolini ed i Fori imperiali.

7° Congresso francese sulla tubercolosi.

Avrà luogo dal 15 al 18 aprile a Marsiglia, sotto la presidenza di Olmer; ne saranno segretari generali Berthier, Courcoux, Mattei e Poix. Verranno discussi i seguenti temi:

I. Biologia: « Il compito dell'ultravirus tubercolare in patologia umana e sperimentale », relatori Arloing e Dufort (Lione);

II. Clinica: « Indicazioni e risultati della toracoplastica nel trattamento della tubercolosi polmonare », relatori Leuret e Caussimon (Bordeaux), Maurer e Roland (Parigi);

III. Medicina sociale: « La tubercolosi e la lotta antitubercolare nell'Africa del nord », con 4 relazioni;

IV. Medicina militare: « La profilassi della tubercolosi nella marina », relatori Plasy e Hederer (Tolone) per la marina da guerra, Marcel Clerc (Parigi) per la marina mercantile.

Durante e dopo il congresso avranno luogo visite agli organismi antitubercolari di Marsiglia e del dipartimento delle Bocche del Rodano e saranno organizzate escursioni in Provenza e alle stazioni climatiche del sud-est.

Ordinamento del corpo sanitario militare.

Con R. Decreto sono state aggiornate le disposizioni concernenti l'ordinamento del R. Esercito in relazione alla legge sull'avanzamento 7 giugno 1934.

Viene tra l'altro stabilito che al corpo sanitario militare sono preposti un tenente generale medico capo del corpo e 6 maggiori generali medici, dei quali 4 ispettori. L'organico è il seguente: colonnelli 31, tenenti colonnelli 102, maggiori 172, capitani 440, ufficiali subalterni 258; in tutto 1003.

Le tabelle organiche degli ufficiali generali, superiori e inferiori, stabilite nel detto decreto, comprendono tutti gli ufficiali impiegati nei vari enti dell'Amministrazione della guerra (centrali e periferici) nonchè quelli assegnati ai Regi Corpi di Truppe Coloniali e ad altri enti e servizi non dipendenti dall'Amministrazione della guerra.

All'Associazione Mutilati e Invalidi di Guerra.

In una riunione del Comitato Centrale dell'Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi di guerra, su proposta dell'on. Delcroix si deliberò per acclamazione la nomina a socio d'onore di S. A. R. la Duchessa d'Aosta, Ispettrice generale delle dame infermiere della Croce Rossa Italiana, quale attestato della gratitudine dei mutilati d'Italia, verso chi li soccorse sul campo e li confortò nel sacrificio.

Allo stesso titolo sono stati nominati soci d'onore: il ten. generale medico Francesco Della Valle, direttore generale della Sanità Militare durante la guerra; i colonnelli proff. Riccardo Galeazzi, Vittorio Putti e Riccardo Della Vedova, che fondarono e diressero a Milano, a Bologna e a Roma i tre più importanti Centri ortopedici militari, durante la guerra, ove furono curati e rieducati professionalmente i mutilati e gli invalidi; e i colonnelli proff. Francesco Denti e Lorenzo Bardelli, di cui il primo fondatore e presidente della Casa di lavoro dei ciechi di guerra — Villa Mirabello — a Milano, e il secondo fondatore e direttore del Centro oftalmico militare a Firenze.

Al Fatebenefratelli di Milano.

All'ospedale Fatebenefratelli - Fatebenesorelle di Milano ha avuto luogo l'annuale riunione per la

consegna di attestati di benemerenza per anzianità di servizio ai sanitari e ai dipendenti dell'Opera Pia e per la distribuzione dei premi annuali in denaro al più meritevole personale d'ordine. La cerimonia, alla quale ha partecipato l'intero Consiglio d'amministrazione, il Corpo sanitario, i funzionari ecc., ha assunto, quest'anno, carattere di particolare importanza per il conferimento di una medaglia d'argento al primario prof. dott. Carlo Vallardi, che da venticinque anni profonde la sua intelligente attività nelle corsie dell'ospedale. Dopo la cerimonia gli intervenuti hanno visitato i lavori del nuovo ospedale in costruzione al corso di Porta Nuova.

Miglioramento economico degli assistenti universitari a Palermo.

Il Consiglio di Amministrazione della R. Università di Palermo ha di recente approvato il progetto di miglioramento economico del personale assistente, messo allo studio su proposta del Rettore S. E. Di Marzo e per interessamento della Sezione Assistenti Universitari dell'Associazione Fascista della Scuola di Palermo fin dall'anno accademico scorso. Secondo questo progetto, che è stato già approvato dal Ministero dell'Educazione Nazionale, gli stipendi degli aiuti e degli assistenti verranno elevati fino alla misura di quelli degli statali, rispettivamente di grado X e XI. L'aumento entrerà in vigore non appena sarà approvata la modifica del bilancio dagli organi accademici e dal Ministero competente.

A S. E. il Segretario del P. N. F., che è stato il promotore di questo miglioramento economico degli assistenti universitari ed al Fiduciario Nazionale dell'A. F. S. sono stati inviati dal Segretario Federale di Palermo, dott. Ligotti, e dal Fiduciario della Sezione, dott. Rabboni, telegrammi di omaggio e di riconoscenza a nome degli assistenti.

Un po' dovunque.

Il 12 nov. si è adunato a Parigi l'ufficio permanente dei congressi dell'Associazione internazionale di talassoterapia, sotto la presidenza del prof. Marcel Labbé.

La « Southern Medical Association » degli Stati Uniti ha tenuto il suo 28° congresso annuale a San Antonio (Texas), dal 13 al 16 novembre. Questa riunione ha avuto un grandioso sviluppo; ha compreso 22 sezioni; inoltre, nell'ambito del congresso si sono adunate 9 società ed altri enti, di cui alcuni a carattere nazionale, come il Comitato nazionale della malaria.

La « Società tedesca per la medicina interna e la neurologia » della Cevoslovacchia si adunerà il 2 e il 3 marzo a Praga, sotto la presidenza del prof. Nonnenbruch; tema principale: « Epatopatie »; relatori: Eppinger (Vienna), Rössle (Berlino) e Walzel (Graz). Segreteria: Medizinische Klinik, Praha II/499, Cecoslovacchia.

Si è fondata a Montpellier una Società di storia della medicina; alla presidenza è stato designato il dott. Magnol.

Il Consiglio direttivo dell'Ospedale italiano di Londra, seguendo le direttive del Regime, ha deliberato di creare un reparto di maternità, con corsia per le partorienti e sala operatoria.

Il 16 dicembre venne inaugurato a Milano il nuovo convitto per le allieve della Scuola professionale per infermiere (in via Francesco Sforza 10); alla cerimonia intervenne il prefetto; parlarono il comm. Dalla Porta, presidente del Consiglio d'amministrazione, e il prof. Ronzani, direttore della Scuola.

Per iniziativa del prof. Estelita Lins si è fondato a Rio de Janeiro un ospedale urologico, l'unico nel continente sud-americano; dispone di 6 corsie e di 40 camere particolari; vi sono annessi degli ambulatorî; vi si terranno corsi di perfezionamento per medici e corsi per studenti e per infermiere.

Il Ministero del Baden ha deliberato che la Clinica medica dell'Università di Heidelberg rechi il nome di Ludolf Krehl, il quale la diresse dalla fondazione, nel 1906, fino a quando egli venne a morte, nel 1930.

Il Collegio medico di Calcutta celebrerà il suo primo centenario al principio del 1935. Venne fondato con ordinanza del 28 gennaio 1835.

L'Accademia Nazionale di Medicina della Spagna ha solennizzato, con molti festeggiamenti, il suo secondo centenario (ricevette il titolo di Accademia Reale di Spagna da Filippo V nel settembre 1734).

Il prof. Marañon ha tenuto, in tale occasione, una conferenza su « Lo stato politico, sociale e medico della Spagna nel 1734 ».

L'Accademia di Medicina di Parigi ha bandito, nel proprio bollettino dell'11 dicembre, 68 concorsi a premi per il 1935; vanno da un minimo di 500 franchi ad un massimo di 100.000 (premio del principe Alberto I di Monaco). Sono anche annunziati i premi per il 1936 e per il 1937.

Il giorno di Natale e l'ultimo dell'anno scorso la Regina Elena, accompagnata da Principesse Reali, si recò a visitare il VI Reparto del Policlinico ove sono curati, per Sua iniziativa, i postumi di encefalite letargica, sotto l'assidua direzione del prof. Panegrossi. In precedenza aveva fatto pervenire ai ricoverati due grandi alberi di Natale. Attualmente questi sono in numero di 68; ne sono stati curati 140, con esito del tutto soddisfacente.

Il prof. Cadiot, ex direttore della Scuola veterinaria di Alfort e già presidente dell'Accademia di Medicina di Parigi, ha lasciato a questo Ente la somma di un milione di franchi.

La Società Roentgenologica Tedesca ha apposto una epigrafe, riguardante Guglielmo Corrado Roentgen, a Pontresina (Engadina), ove il grande fisico per un quarantennio si recò tutti gli anni a ritemprare la sua salute. Il Comune aveva già dato il nome di Roentgen ad una delle più belle passeggiate, ove la targa è stata ora collocata.

All'Ospedale per epilettici e paralitici di Londra è stato commemorato sir John Rickman, che il 25 novembre 1884 eseguì, in quell'ospedale, la prima operazione chirurgica per tumore cerebrale. Assisteva alla cerimonia sir James Crichton-Browne, che conta 94 anni.

Alla presidenza del Comitato inglese per le prossime olimpiadi è stato eletto il celebre chirurgo lord Moynihan, che, malgrado i suoi 70 anni, accompagnerà i campioni a Berlino.

Il prof. Giuseppe Verrotti, nuovo titolare della cattedra di Clinica dermatosifilopatica a Napoli, ha tenuto la sua prolusione sul tema: « L'indirizzo morfologico e sperimentale in dermatologia ».

Durante la traversata di ritorno dall'Argentina a bordo del « Conte Grande », l'Accademico d'Italia S. E. Filippo Bottazzi ha tenuto una conferenza sul tema: « Le vitamine e loro benefici negli organismi animali e nell'uomo ».

L'assemblea generale del « Sindacato nazionale degli specialisti dell'apparato respiratorio » (S.A.R.) della Francia ha approvato, l'11 novembre, quattro voti proposti dal Consiglio amministrativo; uno di essi è diretto contro l'assistenza gratuita sanatoriale agli abbienti; uno concerne il segreto professionale dei documenti radiologici.

Si sono tenute a Londra, sotto la presidenza della duchessa di Portland e di lord Salisbury, delle conferenze per addivenire alla riorganizzazione di un fondo di assistenza ai dentisti; l'iniziativa è posta sotto il patronato del duca di York.

Il sen. prof. A. Guaccero, direttore della R. Clinica ortopedica di Bari, ha inviato al ministro delle comunicazioni una lettera in cui caldeggia la riduzione delle tariffe telefoniche per i medici, che dei telefoni si valgono largamente per adempiere una funzione altamente altruistica ed umanitaria.

La celebrazione della giornata della madre e del fanciullo, il 24 dicembre, ha assunto solennità in tutta Italia. Alla celebrazione romana, nell'Augusteo, ha assistito S. M. la Regina.

L'Unione Nazionale Protezione Antiaerea (U. N. P. A.) è presieduta dal sen. Cattaneo ed è retta da uno statuto approvato con R. D. del 30 agosto 1934; negli scorsi giorni si è adunato il Consiglio Provinciale di Roma, sotto la presidenza del gen. Giannuzzi Savelli.

Nel Belgio un decreto reale ha istituito la « Lega della protezione antiaerea passiva della popolazione e delle istallazioni civili »; il decreto reca gli statuti e stabilisce la composizione del Comitato d'onore, del Comitato esecutivo e del Consiglio d'amministrazione. Fatto strano: della Lega non fa parte alcun medico, eccettuato il dott. Moreaux, il quale per altro vi figura non quale medico, ma quale borgomastro (sindaco) di Ostenda.

I giornali recano di una epidemia d'influenza a forma grave prodottasi a Chicago. Gli ospedali sono stati messi in contumacia, cioè sono vietate le visite ai ricoverati, da parte dei familiari e dei conoscenti.

Un ricoverato nell'Ospedale Civico di La Spezia, sportosi dal parapetto di un terrazzo, precipitava da parecchi metri, riportando la frattura della base del cranio.

Il celebre chirurgo viennese Hans Lorenz è morto mentre faceva il bagno; contava 61 anni.

Il prof. Graneland, direttore del Centro anticanceroso del Nord (Francia), è morto il 26 dicembre di un'infezione contratta per essersi punto a un dito nell'eseguire una biopsia. Un intervento chirurgico, praticato dal prof. Lambret, non è valso a scongiurare l'esito letale.

ERNESTO PESTALOZZA

Conquistata la cattedra a 30 anni (nato a Milano il 1860; allievo del Cuzzi a Pavia, era nominato direttore della Clinica Ostetrico-Ginecologica di Genova nel 1890), rapidamente salì a fama nazionale e mondiale già negli anni passati a Firenze (1893-1906) affermandosi poi sempre più, dopo la venuta a Roma.



1860 — 1934

Si può ben dire che Pestalozza ha impersonato per quasi mezzo secolo la ostetricia e la ginecologia italiana, contribuendo a suscitare e a imporre quell'indirizzo biologico e unitario che doveva portarle ai più alti fastigi attuali, quell'indirizzo a cui soprattutto teneva, e che volle riaffermarmi, ormai presso a morire, quando mi fece chiamare e pur nella difficoltà del discorrere seppe disegnare a grandi tratti l'opera sua, e quasi volle farmi depositario del suo testamento scientifico...

Non è qui il luogo di analizzare le conquiste scientifiche che dobbiamo al Pestalozza: a delinearne la grandezza può bastare l'accenno ad alcuni soli dei problemi ai quali è e resterà legato il suo nome.

Già si era imposto nei primi anni con i suoi studi anatomici sull'utero gravido e con la tesi sui fibromi in gravidanza, documenti di osservazione originale e di sagacia clinica; per primo nel 1890 aveva trascritto la grafica del battito cardiaco fetale; ma la fama maggiore gli venne dai lavori sul corioepitelioma, che Egli ha identificato dal lato clinico anatomico con una descrizione rimasta classica e che al suo intuito geniale aveva aperta la via alla concezione, a Lui cara su tutto, delle

malattie materne di origine ovulare, attorno alla quale non aveva mai cessato di lavorare e di far lavorare per portare sempre nuovi elementi costruttivi all'edificio della biologia e patologia gravidica. Il suo nome è anche legato agli studi sulla tubercolosi genitale femminile e fondamentali sono le sue osservazioni sulle localizzazioni misconosciute dell'età prepubere.

Anche nel campo assistenziale-sociale il Pestalozza è stato un precursore e un animatore. Già 40 anni fa a Firenze creava la prima *Casa del Latte;* a Roma nel 1906 organizzava la Guardia Ostetrica creando un tipo di assistenza ostetrica modello; Sua fu l'idea dei Consultori Ostetrici provinciali che solo dopo molti anni dovevano trovare larga applicazione attraverso l'O. N. Maternità ed Infanzia.

Alla realizzazione di questa felice provvidenza del Regime fu fondamentale il contributo d'esperienza e di sapere del Pestalozza, al quale si devono le norme basilari consacrate nel Regolamento.

Fascista vero, molto dando, nulla chiedendo nè per sè nè per i Suoi, Pestalozza fu vivace assertore di quella politica demografica che doveva poi imporsi per volere del Duce, ma che all'inizio non era così universalmente sentita, se il propugnarla doveva costare al Pestalozza polemiche non sempre serene e amarezze. Così si era imposto quando sotto la mascheratura dell'eugenica si stava importando pure da noi la tendenza al controllo delle nascite.

E aveva preso decisa posizione contro il certificato prematrimoniale, in cui vedeva solo un inceppo di più, e inefficace, alla procreazione; e aveva levata la voce contro le sterilizzazioni coatte; come si era sempre eretto contro le operazioni ginecologiche inutilmente demolitrici o antifisiologiche; e aveva lottato contro l'aborto provocato, di cui voleva sempre più ridurre anche le applicazioni terapeutiche.

La passione con cui considerava tutti i problemi legati alla sanità della stirpe, la continuità del suo indirizzo apparvero sulle Riviste, sulla pubblica stampa, nei Congressi. Ed anche al Senato, dove era entrato nel 1923 diventando subito apprezzato per i suoi discorsi e per le sue elaborate Relazioni.

Membro di molte Società straniere, ricercato oratore ufficiale in Raduni internazionali, molte volte Relatore nei Congressi della Società Italiana che egli presiedette per molti anni, era sempre ascoltato con deferenza e ammirazione; la sua parola era attesa e spesso era la conclusiva; tutti sentivano che egli poggiava il suo dire su una profonda cultura, su una vasta esperienza clinica, su un sano equilibrio critico.

Pestalozza esercitava anche nelle adunate scientifiche quel fascino che faceva sempre affollata l'aula delle sue lezioni; la sua parola calda, sonora, incisiva avvinceva l'uditorio; aveva un frasare spesso scultoreo; semplificava i problemi anche più complessi; era pronto a discernere e illuminare il nucleo essenziale di ogni questione.

Fu un grande Maestro. Per lui l'insegnare era un bisogno e un piacere. E seguitò le lezioni fino all'ultimo, anche quando il male che l'aveva colpito era grave e non poteva più celarlo. Le sue doti di insegnante impareggiabile, e indimenticabile (chiedetelo alle migliaia di medici che lo sentirono!) ebbero modo di rifulgere nelle sue opere didattiche, come nel monumentale Trattato iniziato dal Cuzzi e nei minori, dove i suoi capitoli eccellevano su tutti per l'esposizione ordinata, chiara, avvincente. E si palesarono anche negli articoli di volgarizzazione che profuse largamente sulla Rivista *La Ginecologia* che aveva creato nel 1904 e su altre Riviste, dove trattava i problemi più attuali con limpida e suasiva parola e con visione spesse volte profetica.

Alle doti di scienziato e di insegnante Pestalozza associò in modo eminente le virtù molteplici del vero clinico. Diagnosta finissimo, di felice e pronto intuito, sagace e scrupoloso nel porre le indicazioni operatorie, fu operatore abile; rapido e pur preciso; calmo sempre e sereno pur di fronte alle più gravi e impensate complicazioni; non lo sentimmo mai gridare, non lo vedemmo mai agitarsi: fu anche maestro di correttezza formale. Ideò processi operativi largamente affermatisi anche fuori di Italia, per la cura del prolasso, per la retroflessione, per i fibromi sottoperitoneali. Le malate accorrevano a lui dalle più lontane regioni; il suo nome è noto anche nei più remoti angoli d'Italia, anche presso gli umili che Pestalozza largamente ha beneficato con la sua opera disinteressata.

Gentiluomo nel più largo senso della parola; leale, credette sempre alla sincerità altrui; sentì profondamente l'amicizia e, anche a costo di averne danno, non volle abbandonare gli amici di cui aveva sposato la causa, che Egli riteneva giusta.

Non fece male a nessuno; ne ricevette qualche volta. Beneficò molti; e non sempre ne ebbe la gratitudine.

Spesso non fu compreso. Non era espansivo; sopratutto nei primi incontri pareva sostenuto e freddo a chi non lo conosceva intimamente. Ma quanti gli sono vissuti davvicino ben sanno quale tesoro di bontà fosse in lui.

Fu per gli allievi maestro di dirittura morale, di obiettività rigorosa nella ricerca, di onestà scientifica. Era paterno con noi. Nessuna soddisfazione migliore potevamo dargli che quella di presentargli qualche lavoro; allora i suoi occhi luminosi sorridevano di gioia; così come quando nei Congressi ascoltava i suoi parlare o li sentiva lodare. Non ci ha mai imposto le sue vedute: ci ha dato un indirizzo; ma non pontificava davvero; nulla di più educativo e istruttivo delle sue discussioni su questo o quel problema. Tollerante di ogni opinione, la voleva però documentata...

Schivo di onori, subì le feste fattegli nel 1920 per il XXX anno di insegnamento; ma recisamente si oppose a celebrare, come gli allievi volevano, il quarantesimo anno della sua attività di insegnante. Si avvicinava con non celata malinconia alla fine della sua vita accademica; ce ne parlava talora con un velo di tristezza; l'idea di lasciare la clinica gli era penosa. Non ebbe questa sofferenza! Ci lasciò prima. Senza conoscere riposo. Ha faticato molto, fino all'ultimo, con lo studio, con l'insegnamento, con l'esercizio clinico. Si è logorato anzi tempo. E noi non potremo più averlo, come amavamo figurarcelo, accanto a noi, ancora molti anni, come guida e sprone.

Ci resterà tuttavia, ammonitrice, scolpita nel cuore e nella mente, la sua figura. E questa giganteggerà sempre più col passare del tempo. Pestalozza non è perduto: è e sarà sempre presente.

Natale, XIII.

PAOLO GAIFAMI.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Surg., Gyn. a. Obst., ott. — H. E. MARTIN. Biopsia da aspirazione. — J. M. MCCAUGHAN L'amilasi del sangue nelle malattie pancreatiche. — W. J. DIECKMANN. Le tossiemie della gravidanza.

Paris Méd., 20 ott. — Numero sulle malattie dei reni e delle vie ur.

Wien. Klin. Woch., 19 ott. — JAGIC e ZIMMERMANN. Clinica e terapia delle malattie del miocardio.

Nutrition, 2. — Numero sul diabete zuccherino.

Morgagni, 7 ott. — F. P. TINOZZI. Ipersplenia.

Arch. Mal. App. Digestif ecc. ott. — C. ACHARD e al. Il colesterolo degli alimenti. — TURYN. Biotipologia dei portatori di megacolon. — F. FERNANDEZ. Il metodo Bazzano nel trattam. dell'ulcera gastro-duod.

Clin. Med. Ital., ott. — G. BATTISTINI. Ossalemia ed ossaluria in alcune alterazioni del sistema glico-regolatore.

Revue Franç. de Gyn. et d'Obst., lug. — Numero sul 3° Congresso franc. di ginecol.

Acta Med. Scand., V-VI. — H. A. SALVESEN. Rachitismo renale. — A. L. TCHIJEVSKY e al. Azioni tossiche dell'alluminio. — P. SCHULTZER. Studi sulla resistenza dei capillari. — E. JAUSON. Anemie che nella tbc. ricordano l'a. perniciosa. — Supplem. LVII. A. Vesa. Studi sul diabete mellito.

Riv. di Psicol., lug.-sett. — R. CALARRESI. Senso estetico.

Riv. di Patol. nerv. e ment., sett.-ott. — E. MASPES e M. PIOLTI. Caso atipico di scleroli laterale amiotrofica. — M. PIOLTI. Permeabilità delle meningi nella paralisi progr. ecc. — A. CAPELLI. Rara forma di paraplegia periodica.

Accad. Med., ott. — E. SAVARESE. Valore terapeutico dell'ozono in chirurgia. — A. CONTEDINI. Appendiciti famigliari. — M. MANARA. Influenza del fegato sul ricambio dell'acqua.

Ann. Institut Pasteur, ott. — G. BERTRAND e al. Importanza fisiologica del nichel e del cobalto. — S. NICOLAU e al. Morfogenesi dei corpi di Negri.

Amer. Journ. Med. Sc., ott. — R. L. HADEN e al. Studi sul sangue. — J. A. KOLMER e A. M. RULE. Vaccinazione contro la poliomielite anter. acuta. — W. S. COLLENS. Allergia all'insulina. — W. BAYARD STEWART. Encefalite apparentem. congenita. — H. H. FELLOWS. La tubercolosi nell'adulto apparentem. sano. — F. CADHAM. Trattam. della setticemia.

Deut. Med. Woch., 19 ott. — Numero sull'influenza e i reumatismi.

Presse Méd., 17 ott. — L. BERNARD. Melitococcia e tubercolosi. — A. SÉZARY. Eczema del lattante e allergia. G. ROUSSY e al. Sulla diagnosi del cancro.

Riv. Osped., lug. — Numero sull'apparato respiratorio.

Journal A. M. A., 6 ott. — A. U. DESJARDINS. Eziologia del linfoblastoma. — C. F. CRAIG. Epidemiologia dell'amebiasi.

Giorn. di Batter. e Immun., ott. — ELISA MORELLI. Frazionamento degli antigeni neoplastici. — I. L. KRITCHEWSKI e al. I derivati amidinici nella terapia della malaria.

Brit. Med. Journ., 13 ott. — A. F. HURST. L'acloridria.

Deut. Med. Woch., 26 ott. — MUNK. Processi funzionali elettrici della cute e raffreddamento.

Klin. Woch., 20 ott. — J. KOWARSCHIK. Nuove vie alla terapia con onde corte. — 27 ott. A. RÜHL. Compito dell'acido lattico nel ricambio materiale del cuore.

Arch. di Patol. e Cl. Med., ag. — L. JAGCHIA e F. RAPUZZI. La crisi emoclasica da estratti di fegato negli epatopazienti. — O. CASSANO e L. KOVÀCS. La fisiopatologia del ricambio idro-salino. — G. DELL'ACQUA. Modificazioni della crasi sanguigna in seguito a trasfusione di sangue.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 14 Gennaio 1935 - XIII Num. 2

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

CONFERENZE.

Stato attuale della diagnosi e terapia dell'ulcera gastro-duodenale (*).

PROF. ROBERTO ALESSANDRI

Il problema diagnostico dell'ulcera gastroduodenale si presenta in clinica generalmente facile: il malato che da anni ha sofferenze gastriche è quasi sempre un portatore di ulcera. La diagnosi di probabilità in questi casi è posta appena vengano analizzati un po' più a fondo i vari sintomi.

Le sofferenze sono variamente riferite: alcuni pazienti parlano di bruciori, di sensazioni di stiramento, di peso, di trafitture; hanno intensità varia non solo da individuo a individuo ma anche nella stessa persona in singoli pasti e specialmente in rapporto con determinati pasti. In una anamnesi accurata si riesce a identificare tra gli alimenti abituali degli infermi alcuni che più degli altri sono capaci di provocare e aumentare le sofferenze.

Il ritmo del dolore è anche esso caratteristico per la lesione gastrica, manca un aumento e una diminuizione periodica, raggiunge in 15'-30' un acme più o meno intenso che si mantiene invariato per 1-2 ore e che poi diminuisce fino a scomparire completamente.

Il dolore si localizza in una regione piuttosto estesa: il malato di solito non riferisce mai i suoi dolori in un « punto » della superficie cutanea ma in una zona che abitualmente è situata a livello dell'appendice ensiforme o subito sotto, molto di rado a destra della linea mediana, talvolta corrisponde come una « trafittura di chiodo » alla XII dorsale circa. Come si è detto, il dolore è in stretto rapporto coi pasti. L'insorgenza, rispetto al pasto, è varia; quasi mai immediata comincia mezz'ora dopo l'ingestione dei cibi o più tardi, 1-2 ore e anche 4 ore talvolta e allora acquista il caratteristico tipo di dolore della fame. A digiuno, come si può pensare essere lo stomaco alla fine della IV ora dall'ingestione del pasto, il dolore manca.

Il carattere tipico del dolore può venire alterato quando all'ulcera si associno fenomeni di spasmo, cioè di stenosi. Clinicamente molti

(*) Sunto della Conferenza al Congresso della Società Italiana per il Progresso delle Scienze tenuta in Napoli il 15 ottobre 1934, XII. Il testo integrale sarà pubblicato nelle « Forze Sanitarie ».

casi di ulcere duodenali si associano a fenomeni di stenosi senza che radiologicamente esistano i segni del rallentato ritmo evacuativo dello stomaco e senza che all'atto operatorio si riscontrino fatti stenotici. Ciò non deve meravigliare qualora si consideri come l'esame radiologico dello stomaco viene praticato con la somministrazione di una pappa barica, alcalina, che non provoca per sè stessa secrezione gastrica o ne provoca in scarsissima copia. Manca infatti il dolore dopo l'ingestione del pasto barico e manca quindi lo spasmo e lo stomaco si svuota normalmente. Ma ordinariamente, con un pasto comune ciò non succede; la secrezione è attiva, in copia: l'azione sui nervi si esplica in pieno e vi è il dolore. Insorge allora lo spasmo; lo stomaco rallenta il suo ritmo egestorio, aumentano viceversa le secrezioni e si fa più attiva la peristalsi. Mentre con il pasto comune nella IV ora lo stomaco è vuoto, in questi casi si arriva alla VI ora e più di persistenza dei cibi nello stomaco e di persistenza del dolore. In questi casi al dolore tipico e abituale dell'ulcera si aggiunge il « crampo », quella sensazione che normalmente può essere provocata in uno stomaco vuoto da tempo da una semplice stimolazione psichica — il crampo della fame —. È un dolore a oscillazione ampia — si potrebbe dire immaginandolo graficamente riprodotto — e che è simile al dolore « a colica intestinale » quantunque sui generis sia per la localizzazione che per la sensazione particolare di appetito che lo accompagna (Hunger Pain). È in questa fase che si osservano per lo più rigurgiti acidi.

Allo stadio di stenosi clinicamente sospettabile caratterizzata in questo periodo dal dolore della fame a tipo oscillatorio e dai rigurgiti acidi, segue, o meglio può seguire lo stadio di stenosi organica, radiologicamente accertabile anche in una fase in cui mancano del tutto i vomiti tardivi. Il dolore in questi casi ha mutato del suo carattere di sede fissa, è un dolore epigastrico a parossismi, periodico, che si accompagna nella fase decrescente con senso di sfinitezza e di debolezza improvvisa. Questo tipo di dolore non è in rapporto all'ulcera ma bensì alle contrazioni peristaltiche attive.

Nei casi di stenosi conclamata il dolore vero e proprio da ulcera passa in seconda linea e può scomparire affatto e mantenersi solo quello in rapporto alla stenosi tanto che sembra giustificato almeno clinicamente il concetto della stenosi cicatriziale che, come vedremo a proposito della terapia, non è quasi mai veramente cicatriziale.

Occorre ricordare ancora la periodicità del dolore. Le sofferenze gastriche dell'ulcera non durano tutto l'anno a meno che non si abbia una stenosi. Vi sono periodi anche lunghi di completo benessere sia che il paziente venga assoggettato a una cura medicamentosa o dietetica sia che non abbia avuto nessun riguardo e non abbia fatto nessuna cura. I periodi di benessere possono essere lunghissimi, qualche volta di anni, ordinariamente di mesi. È nella primavera e alla fine dell'autunno che ordinariamente si ripresentano le sofferenze con un ritmo di variazione stagionale che non è facile di spiegare.

Gli altri dati anamnestici che riguardano l'apparato digerente sono meno importanti del dolore se si eccettui la presenza di pregresse ematemesi e melene.

Altri sintomi a carico dell'apparato digerente non hanno una importanza così notevole; nausee, salivazione, rigurgiti, eruttazioni acide ci confermano l'esistenza delle alterazioni dell'apparato digerente ma possono incontrarsi anche in altre affezioni non presentando nulla di caratteristico per l'ulcera. Il rigurgito acido è invece molto frequente negli ulcerosi.

I dati che si rilevano all'esame obiettivo sono nella grande maggioranza dei casi meno probativi per la diagnosi. L'esame obiettivo dell'addome dà con grandissima frequenza uno stato di contrattura del retto di destra nel suo terzo superiore. Questo sintoma che occorre rilevare mettendo il malato in posizione di completo rilasciamento non viene generalmente ricordato e non si dà ad esso quella importanza che ha realmente. È bensì vero che in alcuni casi può mancare, ma ciò non infirma la sua importanza quando esiste. Nella nostra pratica giornaliera di corsia rappresenta un criterio importante di diagnosi differenziale: dirò che se esiste una storia non molto precisa di ulcera in presenza del sintoma bene rilevato ci sentiamo quasi sempre autorizzati alla diagnosi clinica affermativa. Nei casi più evidenti, la contrattura è diffusa anche al retto di sinistra, ma solo in casi più rari e in cui il rilievo del sintoma per questo fatto è meno evidente: mentre se unilaterale come ordinariamente succede, oltre ad essere di apprezzamento facile è anche, come dicemmo, di grande valore.

Noi crediamo che anche la ricerca del punto doloroso localizzato alla pressione sia importante specie nella diagnosi differenziale di altre lesioni. È nell'area gastrica che si trova il punto doloroso nelle ulcere gastro-duodenali o sulla linea mediana o a destra ma regolarmente iscritto nella zona delimitata. Quando esiste un punto doloroso al di fuori di questa zona occorre pensare ad altre possibilità diagnostiche. Non si spiega facilmente la patogenesi di questi punti dolorosi, ma per il corrispondersi molto da vicino dell'area delimitata con la vera area occupata dallo stomaco c'è da pensare allo stesso meccanismo per cui il radiologo sotto lo schermo fissa il punto dolente nella zona sospetta.

Nella diagnosi di stenosi anche iniziale vi è un altro segno importante nel rallentato svuotamento gastrico e precisamente il guazzamento a 6-7 ore dopo il pasto o addirittura

al mattino a digiuno ciò che si verifica nelle forme più evidenti.

Il resto dell'esame obiettivo è ordinariamente muto.

* * *

Quanto ebbi occasione di dire della importanza dell'esame del succo gastrico nel 1922 è di attualità ancora oggi. Come già dissi allora l'assioma iperclorìdria — ulcera e anacloridria — cancro, riconosciuto errato, ha portato alla svalutazione completa di tutta la ricerca e a trascurare l'indagine. Ciò non è giusto perchè dall'esame del succo gastrico il clinico può acquistare non solo dati diagnostici ma bensì dati per la diagnosi differenziale e dati per l'indicazione terapeutica.

Mi preme stabilire anzitutto che l'esame del succo gastrico deve essere un esame frazionato eseguito con tecnica accurata come è descritto recentemente nel mio Manuale di Chirurgia e praticato con il pasto comune di avena o con l'istamina. Il prelevamento di un campione unico non può darci criteri e in realtà il praticare l'esame in questo modo significa non poterne ricavare quasi regolarmente alcun risultato. Dosando l'acidità totale e l'acido cloridrico libero noi otteniamo due curve ad andamento parallelo ma con valore differente, più alta quella per l'acidità totale, più bassa per l'acido cloridrico. Ciò che a noi interessa è anzitutto il rapporto tra l'acidità totale e quella cloridrica. In condizioni normali la seconda è la metà o meno della metà della prima; quando esiste un'ulcera duodenale il rapporto cambia in quanto le due curve tendono ad avvicinarsi perchè l'acidità totale è rappresentata quasi esclusivamente dall'acido cloridrico. Questo segno che si può dire della *ipercloridria relativa* è molto più importante della cifra assoluta a cui può arrivare l'acido cloridrico. È vero che nella maggioranza dei casi esiste nell'ulcera duodenale uno stato di ipercloridria per cui alla fine dell'ora la curva raggiunge dei livelli acidi superiori anche del doppio ai valori normali; però è vero anche che in numerosi casi manca questo stato di ipercloridria o addirittura vi è uno stato di ipocloridria. Si osserva però in questi malati che, mentre i valori acidi hanno questa oscillazione ampia da caso a caso, il rapporto alterato tra acido cloridrico e acidità assoluta esiste anche in questi di modo che lo stato di ipercloridria relativa appare di gran lunga più importante.

Abbiamo voluto esaminare sotto questo punto di vista un certo numero dei nostri malati degenti nell'anno scolastico ora decorso e abbiamo trovato le seguenti cifre:

in 56 casi fu trovata ipercloridria
in 14 casi valori normali
in 3 casi anacloridria (2 ulcere duodenali, 1 gastrica)
in 39 casi iperacidità a digiuno
in 42 casi ipercloridria relativa.

Oltre all'ipercloridria assoluta e a quella relativa esiste un altro elemento di analisi dei dati ricavati dall'esame del succo gastrico e precisamente l'andamento della curva. In uno stomaco normale l'acme della acidità è raggiunto alla fine dell'ora, invece quando vi è l'ulcera è raggiunto prima, non solo ma mentre dopo l'ora la curva va rapidamente scendendo, in questi casi ha tendenza a salire oltre per poi scendere dopo 75 o 90 minuti. Infine, e questo criterio non è costante perchè non sempre è possibile di avere del succo a digiuno, è importante lo stato dei valori acidi del succo gastrico che si ricava prima di introdurre il pasto di prova e che ordinariamente deve essere interpretato come il risultato di una secrezione psichica della prima fase della secrezione gastrica e che nei casi di stenosi rappresenta invece il ristagno gastrico riconoscibile in quanto il succo gastrico non è chiaro ma torbido brunastro per la presenza di residui alimentari. La secrezione a digiuno è normalmente poco acida per acido cloridrico, invece nei casi di ulcera ne è più ricca.

Come osservai già nel 1922, e la nostra esperienza ulteriore ci ha confermato quanto dissi allora, a differenza dell'ulcera duodenale, l'ulcera gastrica si accompagna in genere a una acidità normale o a ipoacidità, talora addirittura con anacloridria.

La presenza di sangue nel succo gastrico non ha molta importanza perchè può essere sempre attribuita a ferite prodotte dal sondino nel suo passaggio: certamente però la presenza di sangue in tutti i campioni prelevati del succo gastrico può avere importanza maggiore.

L'esame delle feci praticato preferibilmente con la reazione al guajaco dà una discreta percentuale di risultati positivi (circa 20 %).

Diremo infine dell'esame collaterale più importante per l'alta percentuale di risultati positivi e cioè dell'esame radiologico.

Negli ultimi anni la radiologia ha perfezionato i suoi mezzi di studio grazie all'esame delle pliche gastriche. In una discreta percentuale di casi in cui l'esame a riempimento completo non ha dato risultati, si è dimostrata solo così l'esistenza di un'ulcera.

Esistono però sempre più o meno frequenti casi di ulcera non accertata radiologicamente e viceversa; per tale ragione si deve affermare come anche se il valore diagnostico di questa ricerca sia notevole, il chirurgo non debba accontentarsi di essa, ma la diagnosi debba scaturire dall'esame clinico completo; anche se l'esame sia stato negativo la diagnosi di certezza può essere posta senza difficoltà qualora il quadro clinico sia netto e probativo.

La diagnosi di ulcera duodenale o gastrica è di solito una diagnosi diretta: l'anamnesi, l'esame obiettivo, l'esame del succo gastrico e delle feci, l'esame radiologico ci permettono di porre nella grandissima maggioranza dei casi una diagnosi precisa.

Le diagnosi differenziali che possono entrare in discussione sono poche. Il cancro dello stomaco ha in genere una storia breve, di mesi: vi sono pochi dolori, prevale invece il senso di mancata digestione, di peso sullo stomaco; l'appetito è perduto, il peso del malato scema rapidamente, il colorito diventa pallido giallognolo. Vi può essere discussione solo per i casi di ulcera cancro, rarissimi.

Molto più difficile si presenta la diagnosi differenziale con la gastrite, non nella forma acuta naturalmente ma in quella cronica. La gastrite cronica accompagna spesso l'ulcera specie nella forma di esulcerazioni; microscopicamente secondo Konietzny, il 100% dei casi di ulcere mostrerebbero una gastrite dell'antro. In questi casi, dal punto di vista diagnostico la gastrite passa in seconda linea rispetto all'ulcera: vi sono però alcuni casi in cui la gastrite è l'unica lesione e acquista un posto di primo ordine nella diagnosi differenziale.

Come ha messo in evidenza Henning anzitutto la durata della gastrite cronica a differenza dell'ulcera è molto più breve.

L'analisi della sintomatologia dolorosa fa notare poi in modo molto evidente che a differenza dell'ulcera le sofferenze gastriche *sono continue con esacerbazioni dopo ogni pasto*: i caratteri dei dolori possono essere intensi, così si possono avere emorragie massive occulte. L'esame del succo gastrico dà pochi ragguagli; in ogni modo è da tener conto che la gastrite cronica ha tendenza a decorrere con ipocloridria o addirittura anacloridria. Anche l'esame radiologico non dà criteri molto sicuri, in qualche caso si riesce a mettere in evidenza un ingrossamento delle pliche gastriche o una irregolarità dei contorni. In questi casi, secondo Henning, è l'esame gastroscopico il mezzo più importante della diagnosi. Questo esame è ancora oggi però poco diffuso e nella maggior parte dei casi non è applicato. Nella impossibilità in cui ci si trova talvolta di risolvere il problema, un criterio diagnostico può essere ottenuto con un periodo di cura. Come abbiamo visto domina in questi casi l'ipocloridria e per tale ragione le solite polveri alcaline hanno poco effetto in quanto il dolore non è in rapporto alla qualità della secrezione gastrica ma piuttosto in rapporto alla distensione della parete per opera dei cibi. Per tale ragione vengono tollerati invece soluzioni acide e si prescriveranno cibi facilmente digeribili ricchi di carboidrati che verranno presi in pasti molto piccoli, quasi a ogni ora senza mai concedere un pasto unico. Ora generalmente con questa prescrizione, si ottiene rapidamente un miglioramento molto accentuato nella gastrite il che nell'ulcera non si osserva; o stabilitasi la cessazione dei disturbi, può venire tollerata anche una dieta più abbondante.

Oltre alla gastrite può entrare in discussione la sifilide gastrica, forse anzi questa, come ha affermato recentemente Ferrannini, è più frequente di quanto non appaia.

La diagnosi differenziale si basa però essenzialmente sul risultato della R. W. che va praticata come buona regola nei casi di ulcera gastrica anche indipendentemente da una diagnosi differenziale con la sifilide. Naturalmente nei casi dubbi a sintomatologia non chiara e con sintomi obiettivi e dati sussidiari incerti, la diagnosi differenziale va posta con una serie di altre affezioni gastriche di cui ricorderemo solo alcune più importanti per evitare di andare oltre i limiti ragionevoli nella nostra trattazione.

Da lungo tempo è conosciuta la frequenza dei disturbi gastrici nelle malattie del fegato e del pancreas che nella maggior parte dei casi si accompagna a una ipo o anachilia ben conosciuta.

Così la sintomatologia dispeptica nella tubercolosi polmonare che decorre generalmente con ipo e anacloridria o quella nel decorso di altre affezioni degli organi addominali come il colon e specialmente l'appendice: è noto infatti come il dolore nei casi di appendicite possa venire riferito all'epigastrio.

L'esperienza chirurgica ha dimostrato che in un certo numero di casi uno stato di appendicite cronica ha come unica manifestazione una sindrome gastritica dispeptica. Sono forse questi i casi che per la loro frequenza vengono più spesso in discussione.

Gli stati di cosidetta achilia funzionale, l'achilia della anemia perniciosa, della anemia ipocromica sono rari e per lo più accompagnati da disturbi dispeptici del tipo gastritico semplice.

Queste possibilità di errori diagnostici devono convincere quanto sia necessario nei casi dubbi un esame completo del malato che non si limiti soltanto alla regione ma che sia esteso anche al resto del tubo digerente e agli organi più importanti. Con tutto ciò resta quanto si disse che generalmente la diagnosi di ulcera è facile, i casi dubbi rappresentano ognuno un quesito diagnostico a sè che spesso può essere deciso con gli esami collaterali ma che pure in qualche caso ci condurrà a una esplorazione chirurgica e, forse più frequentemente, a un intervento con l'indicazione di ulcera nel corso del quale l'ulcera non risulta evidente.

Anche il valore diagnostico diretto quale può essere desunto dall'esame del viscere durante l'intervento è stato infirmato in quanto ulcere superficiali che radiologicamente abbiano dato segni diretti di sè possono sfuggire al chirurgo. Naturalmente ciò ha maggiore valore per le ulcere duodenali posteriori e per le ulcere gastriche alte della parete posteriore o della piccola curva. Anche ciò deve essere tenuto in conto osservando in ogni modo che ulcere così superficiali e piccole da non rendersi apprezzabili dall'esterno del viscere hanno una indicazione operatoria molto limitata.

In ogni modo in questi casi la transillumina-zione e una gastrostomia esplorativa possono completare l'esame dall'esterno.

*
**

Come per tutte le affezioni la cura più indicata dell'ulcera gastrica e duodenale dovrebbe essere una cura causale ma poichè l'etiologia e la patogenesi dell'ulcera sono forse di questo argomento la parte più oscura ne risulta una varietà di concetti terapeutici e una varietà di mezzi terapeutici quali non si riscontrano in altre affezioni e che sembrano giustificate solo dall'aumento progressivo, rapido, impressionante nella frequenza della malattia e dagli insuccessi più o meno frequenti della cura.

Rispondiamo anzitutto ad un quesito che viene posto spesso: è la cura dell'ulcera una cura medica o una cura chirurgica? A questa domanda voglio rispondere dicendo che è medica e chirurgica nello stesso tempo. Io, chirurgo, sono il primo ad affermare che l'ulcera gastrica e duodenale in primo tempo va curata medicalmente. Cura conservativa dunque in cui ha importanza massima la dieta, poi gli alcalini, poi tutta quella serie di sostanze che accrescono di anno in anno la lista dei medicamenti e che almeno in gran parte hanno solo un effetto transitorio.

Prescrizioni dietetiche esatte, quelle comuni ben conosciute di cibi non sapidi, e che passino facilmente lo stomaco con pasti frequenti e a perfetto orario: il meccanismo della secrezione gastrica è troppo complesso perchè non debba essere regolato esattamente. Degli alcalini sotto forma di polveri consiglio in genere un uso non eccessivo. Naturalmente tutti i mezzi atti ad aumentare la resistenza dell'individuo verranno consigliati sia igienici che medicamentosi. Nei casi in cui c'è una R. W. positiva si praticherà una cura antiluetica per quanto dalla mia esperienza possa dire che i malati non ne ricavano un beneficio rispetto alle sofferenze gastriche. Occorre fare una eccezione alla prescrizione di una cura medica anche all'inizio della malattia in quei casi in cui condizioni sociali, impediscono di mettere in esecuzione la cura. In questi casi e in tutti quelli che dopo un periodo di circa un anno di cura medica soffrono ancora ritengo indicata la cura chirurgica. L'esperienza infatti dimostra che se fin dall'inizio la cura medica non dà risultati difficilmente si otterranno in prosieguo; d'altra parte la persistenza di dolori, il pericolo delle complicazioni inducono a porre una indicazione alla cura chirurgica. La percentuale delle complicazioni pesano nella statistica e con esse anche la stenosi che porta se non altro ad un aggravamento della prognosi operatoria.

Dal punto di vista dell'intervento che noi possiamo eseguire la discussione è ancora viva fra i chirurgi per quanto sieno sorpassate ormai le discussioni accese tra fautori di una cura radicale e di una cura palliativa. Come cura radicale noi definiamo quella volta alla asportazione dell'ulcera e alla modificazione di quello stato di secrezione gastrica che ha parte importante, per quanto non del tutto dimostrata nella genesi dell'ulcera.

Le cure palliative possono essere classificate in due serie a seconda che siano volte a modificare le condizioni di svuotamento dello stomaco e a realizzare una alcalinizzazione del succo gastrico, tipo gastro-enterostomia e operazioni volte solo alla asportazione dell'ulcera associata a modificazioni delle condizioni di svuotamento.

La G. E. è una buona operazione perchè capace di portare a guarigione un'alta percentuale di malati, percentuale che varia nelle statistiche e che oscilla entro termini molto ampi. Il meccanismo della guarigione ottenuto colla G. E. consisterebbe nella alcalinizzazione del succo gastrico per riflusso di succhi duodenali alcalini, nella modificazione della secrezione gastrica per il breve permanere dei cibi nello stomaco e infine nella variazione allo svuotamento gastrico con cessazione almeno in parte degli insulti meccanici sull'ulcera.

Leotta recentemente in base al suo concetto della sindrome addominale destra ha affermato di avere ottenuto la guarigione nel 100% dei casi associando alla G. E. l'appendicectomia e la viscerolisi o la esportazione dell'ulcera invece della G. E. nelle ulcere piccole.

Naturalmente in questa concezione patogenetica del Leotta per cui l'ulcera sarebbe secondaria alle alterazioni primitive dell'appendice, la G. E. non agirebbe da sola sull'ulcera ma il suo effetto sarebbe assicurato dalla asportazione del focolaio iniziale causa di esso.

Abbandonate ormai da quasi tutti i chirurgi le esclusioni piloriche sono ritornate in uso modificate più recentemente tecniche già abbandonate come la gastro-duodeno-stomia. Si è cercato anche di perfezionare e di migliorare i metodi di piloroplastica associandovi la resezione dell'ulcera (operazione di Judd).

La semplice resezione dell'ulcera per quanto rappresenti un intervento diretto, se sola ha scarse indicazioni in quanto lascia immutate tutte quelle condizioni di secrezione e di svuotamento che erano preesistite all'ulcera in modo che la recidiva dovrebbe essere quasi la regola in questi casi. C'è anche da contare che l'esame dei pezzi resecati dimostra che nei due terzi dei casi esiste più di un'ulcera.

La resezione duodenogastrica è un intervento molto più completo in quanto ha il vantaggio su tutte le operazioni ora ricordate di asportare il focolaio morboso e di modificare a fondo le condizioni della secrezione gastrica e dello svuotamento gastrico.

Se da un punto di vista teorico la resezione duodeno-gastrica ha dei vantaggi notevoli sul-

le operazioni di semplice derivazione, anche con resezione dell'ulcera, tali vantaggi ci sembrano confermati anche dal decorso clinico e dalle possibili complicazioni. Infatti dal decorso clinico ricaviamo netta l'impressione che molto più completamente e molto più frequentemente i malati si sentono guariti dai loro disturbi dopo l'operazione; e dal punto di vista delle complicazioni non grava, se non come infima percentuale, l'ulcera duodenale post-operatoria. Questa grave complicazione è essenzialmente una complicazione della G. E. sia con, che senza esclusione pilorica: naturalmente l'esclusione pilorica fa arrivare a percentuali del 20-30 % l'ulcera digiunale che dopo G. E. semplice è nei nostri casi del 6 %. Si può pensare logicamente che questa nostra percentuale sia ancora più elevata perchè non tutti i portatori di un'ulcera digiunale vengono a farsi rivedere e a farsi rioperare dal chirurgo che ha applicato la G. E.

L'ulcera digiunale post-operatoria è una complicazione di tale importanza che da sola per la sua frequenza porta la scelta del chirurgo verso la resezione.

Nel nostro materiale, come si può vedere dalle cifre si ha la seguente percentuale:

	Resezioni	G. E.
1923	20.6	79.3
1924	34.1	65.8
1925	29,7	70.2
1926	23.8	76.1
1927	33.3	66.6
1928	37.7	62.2
1929	67.8	32.1
1930	79.6	20.3
1931	85.7	14,2
1932	90.3	9.6
1933	97.18	2.8

Vi si nota questa progressiva tendenza verso l'intervento radicale che oggi ha soppiantato quasi completamente la G. E., dico quasi perchè la G. E. va ancora riservata a casi che per gravi condizioni generali non potrebbero essere in condizioni di sopportare un intervento un po' più prolungato.

Alcuni chirurgi vogliono mantenere la G. E. anche per le stenosi in quanto considerano queste come un esito in cicatrice dell'ulcera, una guarigione spontanea in cui, per la sede particolare, si accoppia un difficoltato svuotamento dello stomaco. Ma è veramente la stenosi un esito dell'ulcera? Io parlerei piuttosto di complicazione perchè da quando ho esteso anche alle stenosi la resezione duodeno-gastrica non ho più osservato una stenosi cicatriziale pura: qualunque fosse stato il grado della stenosi coesisteva sempre l'ulcera più o meno estesa, talvolta sotto forma di ulcera lineare.

Quindi alla indicazione della resezione mi pare che oggi si possa fare una unica eccezione per i casi di malati in gravi condizioni generali in cui la breve durata dell'intervento, il minor choch operatorio inducono ad applicare la G. E. specialmente se in questi casi l'acidità del succo gastrico non è molto elevata.

Una obiezione che si è fatta alla resezione è la sua maggiore gravità nella prognosi. Certamente in parte ciò è vero. Le statistiche contano poco perchè il materiale è vario, le modalità dell'intervento variano e perchè è difficile mantenersi veramente obiettivi. E d'altra parte occorre tener conto anche del perfezionarsi della tecnica con l'esperienza del chirurgo. Per quanto riguarda la nostra statistica abbiamo notato un progressivo decrescere della mortalità post-operatoria. Complicazioni mortali in relazione all'intervento sono scomparse quasi completamente dopo che con la legatura preventiva dei vasi abbiamo eliminato il pericolo dell'emorragia. Anche la deiscenza delle suture causa di peritonite, è diventata una rarità assoluta. La mortalità dopo resezione è una mortalità per broncopolmonite, questo ci insegna l'esperienza di oggi nostra e di altri chirurgi. Ora la G. E. è gravata se pure in minor grado dalla stessa complicazione, è gravata per il futuro da una percentuale di casi di ulcera digiunale; l'intervento per questa complicazione comporta naturalmente una prognosi più grave, è gravata infine da alcuni casi di circolo vizioso. Se consideriamo queste condizioni vedremo che poca differenza vi sarà fra il 4-5 % di mortalità dopo resezione e quella dopo G. E. Non solo, ma nel giudizio sulla indicazione va posta anche la certezza di dare quasi sempre una guarigione al malato invece di dargli la possibilità di guarire. Il gastroenterostomizzato deve mantenere una dieta particolare, in molti casi deve assoggettarsi a cure mediche; il resecato dopo un periodo di adattamento alle nuove condizioni è l'individuo guarito che non occorra tenga diete speciali o faccia cure speciali.

Anche il problema grave certamente della mortalità ancora troppo alta per la resezione relativamente alla malattia, dovrà venire risolto. La mortalità è quasi solamente, come ho detto, una mortalità per broncopolmonite. Questo fattore è capace di essere influenzato. L'adozione della anestesia locale, il riparo dal freddo, la scelta del periodo climatico più favorevole, il miglioramento delle condizioni della bocca e degli stati catarrali cronici bronchiali, la peritonealizzazione accurata delle suture sono mezzi che già oggi ci hanno portato a un miglioramento delle nostre statistiche. Nell'anno testè decorso su 80 resezioni abbiamo avuto due morti per broncopolmoniti. Anche l'esecuzione della resezione gastrica in anestesia locale è direi, questione di allenamento e di perfezionamento della tecnica personale. L'operazione è certamente più difficile, manca il rilasciamento della parete addominale, manca la possibilità di estrinsecare ampiamente il viscere, l'operazione procede un po' più lenta ma i vantaggi compensano gli svantaggi.

Resezione gastro-duodenale quindi e con ciò

intendo la resezione del duodeno compresa l'ulcera, l'asportazione del piloro e dell'antro. È difficile di precisare esattamente l'ampiezza della resezione: stomaci più ectasici misurano più che stomaci piccoli. Come ho detto sopra ci serviamo come criterio di scelta del limite della gastrica sinistra sezionando lo stomaco a sinistra del suo punto di penetrazione della parete.

Anche il giudizio di resecabilità dell'ulcera si modifica con l'esperienza del chirurgo; ulcere che dieci anni fa ci sembravano difficilmente resecabili oggi vengono resecate in quanto la mobilizzazione e l'affondamento del duodeno parte più difficile dell'intervento richiedono abilità e versatilità in varie modalità tecniche del chirurgo quali si acquistano con l'esperienza. Certamente l'affondamento del moncone duodenale deve essere quanto più è possibile perfetto e completato da una accurata peritonealizzazione.

Ho parlato di chiusura del moncone duodenale in quanto abbiamo abbandonato completamente le operazioni tipo di Billroth I sia nella tecnica originale che nella modificazione di v. Haberer; questo intervento è stato da noi usato abbastanza largamente negli anni decorsi in quanto veramente con la modificazione di v. Haberer e con la mobilizzazione del duodeno l'anastomosi riesce possibile senza trazione anche in resezioni estese. Ha però lo svantaggio che possono insorgere disturbi da megaduodeno per difficoltà di passaggio degli ingesti all'angolo duodeno-digiunale con dilatazione del duodeno e rigurgito duodeno-gastrico. Questi disturbi ci hanno obbligato in due casi a reintervenire e sostituire alla anastomosi duodenale una anastomosi digiunale.

Oggi pratichiamo esclusivamente l'anastomosi gastro-digiunale secondo la tecnica del Polya cioè termino-laterale trans-mesocolica ad ansa corta con fissazione dell'ansa corta sulla piccola curva e fissazione gastrica del meso. Negli ultimi tempi abbiamo anche usato ansa piuttosto lunga; ci sembra che più raramente si osservi il ristagno di bile nel tratto di stomaco resecato, che è abbastanza frequente nei primi giorni dopo l'operazione. Abbiamo abbandonato anche la posizione precolica dell'ansa per alcuni disturbi che si possono avere in conseguenza di trazioni che il colon disteso e ptosico, pesante per feci può esercitare sull'ansa anastomizzata, nè crediamo di utilità la formazione di una anastomosi parziale invece che totale perchè lo svuotamento piuttosto che dalla ampiezza della bocca anastomotica è dato dal diametro trasverso dell'ansa anastomizzata. Le anastomosi a Y sono da scartare perchè nel tratto corto che sta fra l'ansa afferente e lo stomaco passano solo cibi che traumatizzano l'ansa e il succo gastrico acido. Ed è per questa ragione che come nelle G. E. a Y questo tipo di anastomosi è gravato da alte percentuali di ulcera digiunale. Un esempio classico abbiamo avuto occasione di osservare quest'anno.

Un malato viene operato per ulcera duodenale di gastroenterostomia con esclusione pilorica nel 1929. Dopo 10 mesi venne rioperato per ulcera peptica della stomia di resezione gastrica con anastomosi transmesocolica ad Y. Comparsa di una nuova ulcera peptica e terza operazione dopo 9 mesi. Il chirurgo rinvenne un'ulcera peptica sull'ansa efferente che escluse con un laccio posto subito sotto lo stomaco e rifece la G. E. anteriore. Pochi mesi di benessere, nuovi dolori. Rioperato nel 1932 fu trovato un'ulcera peptica della stomia anteriore, fu resecata questa assieme a un tratto di stomaco e applicata una G. E. a Y. Subito dopo l'operazione nuovi dolori e melena. Noi abbiamo rioperato il malato nell'aprile del 1934 e abbiamo trovato un'ulcera della stomia anteriore penetrante nella parete addominale e un'altra ulcera nell'anastomosi posteriore. Lo stomaco nonostante la doppia resezione era ancora abbastanza ampio tanto che il nostro intervento è consistito nella resezione ampia del moncone gastrico residuo, nella demolizione di tutto il digiuno dei tratti anastomizzati e ricostruita la continuità del digiuno abbiamo terminato l'intervento con una anastomosi transmesocolica alla Polya mettendo la stomia a valle della digiuno-digiunostomia. Da allora cessazione completa dei disturbi e guarigione clinica completa del malato. Questo caso che poteva sembrare essere un caso raro di ulcera peptica non guaribile non si è dimostrato tale: le due resezioni insufficienti la esclusione pilorica e le due anastomosi a Y spiegano benissimo le recidive.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE AL POLICLINICO UMBERTO I.

VI PADIGLIONE (REPARTO « REGINA ELENA »).

Sulla così detta " cura bulgara „ del parkinsonismo postencefalitico.

(Nota preliminare).

Prof. GIUSEPPE PANEGROSSI, medico primario.

Questa cura va sotto il nome di « *bulgara* », perchè appunto ideata da un bulgaro, certo Raeff, e perchè essenzialmente consiste, a prescindere da altri ingredienti di secondaria importanza (pillole, polveri ecc.), nella somministrazione per via enterale di una decozione di radici di solanacee (prevalentemente belladonna) provenienti dalla Bulgaria. (1).

Detta cura comprende inoltre *numerose regole* e *prescrizioni* (dieta atossica, astensione assoluta dagli alcoolici, dal fumo e dal caffè, speciali pratiche idroterapiche, moto, ginnastica, massaggio, ecc.), evidentemente dirette a favorire la tolleranza e l'eliminazione del rimedio e a rinforzarne l'azione: regole e prescrizioni, la cui osservanza o meno da parte dei pazienti, può decidere del successo.

Siffatta cura *è tutt'altro che nuova.* Essa è conosciuta da circa otto anni e da quest'epoca è stata praticata qua e là in varî paesi, compreso il nostro, ed anche a Roma, con risultati molto lusinghieri, ma anche con qualche inconveniente. Sono questi inconvenienti appunto, che hanno indotto il Direttore Generale della Sanità a richiamare i medici ad una più stretta osservanza delle norme che regolano le cure a formula segreta: dopo di che, parve per un momento che la fine della « cura bulgara » fosse segnata. Quando, per volere e generosità di S. M. la Regina, che ben ne conosceva il valore, essa è stata ripresa al Policlinico, e, con metodo il più possibilmente scientifico, sotto il più rigoroso controllo, continua quivi a svolgersi regolarmente.

La « cura bulgara » *non è diretta* contro l'encefalite epidemica, ma solo contro i postumi della medesima e precisamente contro quel complesso sintomatico che si è convenuto denominare parkinsonismo post-encefalitico (*encephalitis amyostatica* di Lévy), per la sua rassomiglianza (non identità) col morbo di Parkinson, al quale è stato appunto aggiunto, per distinguerlo, l'aggettivo di « vero » od « essenziale ».

È nel parkinsonismo postencefalitico, appunto, che questa cura si è addimostrata a me la *migliore* di quante sieno state finora tentate contro questa sindrome morbosa. Essa non ha certo un'azione specifica, nè potrebbe averne, essendo diretta contro gli esiti di una affezione cerebrale organica a carattere distruttivo, ma, fra le sintomatiche, è quella che più giova, almeno finchè viene continuata, contro i disturbi che affliggono questi malati.

La « cura Raeff » dà una reazione meno violenta (se prudentemente condotta) e produce un effetto più durevole degli *alcaloidi* finora usati in simili casi. Mentre infatti con la scopolamina, l'ioscina, l'iosciamina, ecc. (spesso o poco niente tollerati dagli infermi per i loro effetti immediati), basta sospendere un solo giorno, il rimedio, per vedere ricomparire tutti i disturbi, con la « cura bulgara » questa sospensione è potuta avvenire per una settimana ed anche più, senza che il malato ne abbia risentito.

Questa cura è *più naturale, meno pericolosa e più efficace di quella dell'atropina ad alte dosi* (fino a 24 mmg. al giorno!), ideata dal tedesco Röhmer ed attualmente praticata da alcuni postencefalitici anche in Italia, dopo essere stati costretti a recarsi in Germania (Hirsau) e restarvi per parecchio tempo, lasciando non poco denaro in quella nazione. La sua maggiore efficacia credo dipenda dagli atri principî attivi, non tutti forse conosciuti, che, oltre l'atropina, sono contenuti in queste radici e ne rafforzano l'azione.

La « cura bulgara » del parkinsonismo postencefalitico, se razionalmente eseguita, *è assolutamente innocua* e tale si è addimostrata nelle mie mani, anche in casi in cui le condizioni estremamente gravi degli infermi ne avrebbero sconsigliato l'attuazione.

Malgrado ciò, e malgrado la sua apparente semplicità, questa cura è però di una tale *delicatezza di applicazione*, da rendere indispensabile che essa venga iniziata in un ospedale, in una clinica od altro luogo di cura, sotto la diretta, assidua, sorveglianza di un medico, che abbia larga esperienza di questi ammalati, gran tempo da dedicare ad essa, molta pazienza ed anche un po' di cuore. E ciò perchè si tratta, nei primi tempi, di destreggiarsi in individui, poco o nulla resistenti fisicamente, depressi nel morale ed iperemotivi, con un medicamento che, per quanto ormai noto, è sempre un forte veleno; con un medicamento

(1) È molto probabile che con le radici della belladonna nata o coltivata in Italia si otterrebbe lo stesso effetto, ma non ho avuto finora modo di fare in proposito delle ricerche.

non costante nella sua composizione (trattasi di radici disseccate, il cui contenuto in principî attivi varia secondo l'età, il grado di disseccamento, il luogo e l'epoca in cui sono state raccolte, a seconda che la pianta è selvatica o coltivata); con un medicamento, la cui tolleranza varia grandemente, non solo da individuo ad individuo, ma da un giorno all'altro; con un medicamento, la cui « dose ottima » deve perciò essere stabilita, sintomo per sintomo, caso per caso.

Il *ricovero* di questi pazienti in un luogo di cura per un congruo periodo di tempo (2-3 mesi) è anche necessario, perchè nel parkinsonismo postencefalitico, ai sintomi della serie parkinsoniana, non di rado si associano intercorrenti fenomeni di eccitamento psichico, alterazioni del carattere e della condotta, non sempre rilevabili ad un primo esame, spesso taciuti dagli infermi e dai loro parenti, che, risvegliandosi all'improvviso, possono da un momento all'altro rendere l'ammalato pericoloso.

La « cura bulgara » non è indicata in *tutte le forme* di parkinsonismo postencefalitico, nè su *tutti i sintomi* di questa malattia produce lo stesso benefico effetto.

Essa va *applicata con molta prudenza* quando coesistono fenomeni di eccitamento psichico, potendo questi dalla medesima venire esaltati ed è *controindicata* in presenza di disturbi mentali o quando le condizioni del paziente sieno eccessivamente scadute. Altra *controindicazione*, però non assoluta, è data dall'eventualità, per fortuna rara, che il processo encefalitico, causa del parkinsonismo, persista in modo particolarmente attivo, potendo in questi casi esso venire ancor più aggravato dalla cura e frustrarne l'effetto. I casi meglio curabili sono naturalmente quelli, in cui la sindrome parkinsoniana, non eccessivamente grave, si è da tempo stabilizzata.

Fra i sintomi del parkinsonismo che di questa cura maggiormente si avvantaggiano, deve porsi in primo piano la *rigidità muscolare* con tutti i fenomeni che generalmente l'accompagnano, quali la fissità del volto e dello sguardo, l'amimia, lo speciale atteggiamento del corpo e delle mani, la bradikinesia fino all'immobilità assoluta, la braditeleokinesia (improvviso arresto durante l'esecuzione di un movimento intenzionale), la perdita dei movimenti automatici, spontanei, associati e riflessi, i disturbi della voce e della parola, ecc. Naturalmente tale rigidità non deve essere eccessiva (anche in questi casi però qualche cosa si è ottenuto) e sopratutto non deve aver dato luogo a degenerazione fibrosa dei muscoli e dei tendini, ad anchilosi articolari, a deformazioni articolari ed ossee molto accentuate, non essendovi la possibilità (come è facile a comprendere) che con una cura medica queste alterazioni siano rimosse.

Il miglioramento della rigidità muscolare è stato nella generalità dei casi così *sorprendentemente rapido ed intenso*, da meravigliare, non solo i profani, ma anche noi medici, abituati a ben altre sorprese nel nostro esercizio professionale. È così che si son visti individui, che da anni camminavano a stento od erano immobilizzati a letto, che non riuscivano più ad aprire la bocca, che non potevano più parlare, che non potevano più scrivere, che non erano più in grado di mangiare da soli, che masticavano e deglutivano a stento, che erano costretti a farsi lavare, pettinare, spogliare, vestire, riacquistare in breve la libertà e la scioltezza dei loro movimenti, rimuoversi, ricamminare, rimangiare con le proprie mani, tornare ad aprire la bocca, a masticare ed inghiottire bene, riacquistare l'uso della parola e la facoltà di scrivere, tornare a ridere e scherzare, come persone normali o quasi. Un ammalato entrato in Ospedale completamente muto e nell'impossibilità di fornire il più piccolo dato anamnestico, ha potuto dopo soli tre giorni di cura, raccontare tutta la sua storia. Un altro che da sei anni non era più in grado di prendere la penna in mano, dopo una settimana ha potuto scrivere una lettera con calligrafia quasi perfetta. Una madre, grazie a questo rimedio, ha avuto la gioia di riudire dopo molti anni la voce della figliuola e di tornare a comunicare con essa. Avvenimenti del genere, comuni nel mio Reparto, hanno fatto gridare al miracolo, hanno fatto dire e scrivere delle inesattezze: ma in queste inesattezze vi è un fondo di grande verità, e questo non può venire negato.

Molti dei miei ammalati, col dileguarsi della rigidità muscolare, hanno perduto la tipica fissità del volto e dello sguardo e lo speciale atteggiamento del corpo e delle mani, tanto da non dare più l'impressione di individui affetti da questa malattia. Altri invece, malgrado la riacquistata facilità dei movimenti, hanno in parte conservato la « facies » e l'attitudine propria dei parkinsoniani, forse per la lunga abitudine ormai contratta, cioè per effetto di una persistente rappresentazione corticale. In tutti, l'espressione degli occhi e della fisonomia ha rivelato, fin dai primi giorni della cura, l'intima soddisfazione per il rapido miglioramento in loro avvenuto.

Risultati meno brillanti, ma incontestabili, sono stati da me ottenuti con questa cura,

contro i *fenomeni ipercinetici* (tremori, tics, spasmi, crisi toniche oculogire ecc.) nel parkinsonismo postencefalitico pure assai frequenti.

Ho visto *tremori*, anche di antica data, attenuarsi a divenire intermittenti, con lunghe soste, specie dopo l'assunzione del decotto. In altri casi il tremore è migliorato, fino a dileguarsi quasi del tutto, per ricomparire con maggiore o minore intensità, talora eguale a quella che aveva in antecedenza, in occasione di un cambiamento atmosferico, di uno sforzo, di una forte emozione. Una scomparsa completa e persistente del tremore ho veduto solo nei casi in cui esso era leggero.

Meglio del tremore si sono comportati i *tics* (degli occhi, della lingua, della bocca, ecc.), i quali si sono sempre attenuati, in qualche caso così confortevolmente, da potersi ritenere virtualmente scomparsi.

Analogamente ai tics, hanno proceduto le così dette *crisi toniche oculogire* (fissazione dello sguardo in una data posizione, per lo più in alto, per la durata anche di parecchie ore e persino di giorni interi), alle quali non pochi dei miei ammalati andavano, anche quotidianamente, soggetti e che con lo svolgersi della cura si sono venute diradando sempre più, si sono rese sempre più brevi e più miti, fino a divenire in qualche caso trascurabili e anche a scomparire del tutto.

Un altro molestissimo sintomo, nel parkinsonismo postencefalitico assai comune, quasi costante, che ha rapidamente rinteso della cura, fino a sparire completamente e permanentemente in una larga percentuale dei casi, è la *scialorrea*.

Dirò infine, per tacere di altri sintomi secondarî (crisi sudorali e lacrimali, dolori e parestesie varie, vasospasmi ecc.), pure quasi sempre migliorati con la cura, che più viva, più pronta, è tornata in tutti i miei infermi *l'intelligenza*, e, fatto anche più importante, che il loro *morale*, prima della cura assai depresso, in qualche caso completamente a terra, si è rapidamente sollevato, fino a rientrare, nei periodi di maggiore benessere, nella piena normalità.

Una osservazione che ho potuto fare nei miei ammalati, è che il *miglioramento, assai rapido nei primi giorni della cura*, è divenuto in seguito *più lento*, senza mostrare per altro (salvo eccezioni) tendenza ad arrestarsi e tanto meno a regredire. Tale miglioramento, però, specie nei primi tempi, non ha proceduto in modo continuo, graduale, ma a tappe, con intercorrenti regressioni, quasi sempre in rapporto coi mutamenti atmosferici.

Tale ipersensibilità meteorica, generalmente associata in siffatti pazienti ad una forte emotività, sta a dimostrare la grande parte che in queste sindromi parkinsoniane ha il sistema nervoso vegetativo, specie nella sua sezione parasimpatica o vagale (donde i vantaggi arrecati dalle solanacee) e gli stretti rapporti che intercedono fra sistema neuro-vegetativo e sistema nervoso motore extrapiramidale, il quale ultimo, come è noto, è in dette sindromi particolarmente colpito.

Altra osservazione da me fatta, è che lo stesso sintomo, in un caso si è molto avvantaggiato della cura, in un altro ne ha appena rinteso: ciò evidentemente in rapporto con la diversa sede e profondità della lesione che nei due casi l'aveva determinato.

Una *domanda* a questo punto sorge spontanea. Non può accadere, che, con l'assuefazione al rimedio, anche i beneficî, da esso prodotti vadano a poco a poco attenuandosi fino a cessare del tutto? E, anche se ciò non avvenga, non è a temere che tali beneficî più o meno rapidamente scompaiano quando la cura verrà sospesa?

Il breve tempo da che data il mio esperimento non mi permette di risolvere per ora tale quesito in modo esauriente. Già però posso dire, che i malati primi entrati nel Reparto ed ormai assuefatti a questa cura da oltre sei mesi, salvo qualche eccezione, non solo nulla hanno perduto di quanto hanno acquistato, ma vanno migliorando sempre più, e, che, per quanto risulta da una inchiesta da me eseguita su malati da altri e da più lungo tempo curati con questo metodo, è a prevedere, sia pure « grosso modo », che, nei casi lievi, dopo un certo tempo la cura potrà senza pregiudizio venire interrotta, salvo ad essere ripresa di tanto in tanto, e, che, nei casi gravi, continuandola a lungo, forse anche per tutta la vita (cosa che non deve spaventare, dato il mite costo della cura e la sua innocuità sempre maggiore a misura che l'assuefazione si consolida), il pericolo di un ritorno dell'infermo allo « stato quo ante » potrà quasi con certezza venire scongiurato.

Gli *inconvenienti* dovuti a questa cura, grazie alle misure precauzionali da me prese (accurato esame preventivo delle funzionalità del cuore, del fegato, dei reni), all'assidua personale sorveglianza da me esercitata sugli ammalati e ai perfezionamenti da me apportati alla sua tecnica, sono stati pressochè nulli. Si sono ridotti ai comuni disturbi da solanacee e neanche gravi. Hanno consistito, cioè, in un fugace senso di secchezza alla bocca e alle fauci, in una midriasi per lo più modica e relativa

visione confusa degli oggetti, in un lieve difetto della accomodazione, in un po' di confusione di testa, in qualche giramento di capo, in fugaci arrossamenti della lingua, del viso e delle mani, in qualche nausea o accesso di vomito, in quaiche scarica diarroica, in un po' di meteorismo (solo due volte molto accentuato, in modo da richiedere la sonda rettale), in qualche lieve e fugace elevazione di temperatura (eccezionalmente al di sopra di 38°); in una modica difficoltà alla minzione (eccezionalmente tale, da richiedere l'uso del catetere). Questi disturbi sono stati avvertiti in genere solo nei primi giorni della cura, poi non più. In qualche caso si sono ripresentati in seguito, per scomparire non appena la dose del rimedio veniva ridotta. Alcuni ammalati nelle prime notti hanno poco dormito e sono stati alquanto agitati, altri invece hanno riposato come da tempo non erano più abituati a fare. Eccezionalmente è stato osservato, sempre nelle prime notti, quache accenno a delirio calmo o qualche fenomeno di sonnambulismo. L'esame dell'urina, sistematicamente eseguito ogni due giorni durante la cura, mai ha rivelato presenza di albumina o di elementi renali, mai presenza di urobilina. Ha dimostrato invece quasi sempre prima della cura tracce più o meno evidenti di acetone, dovute evidentemente allo stato di inanizione e di deperimento in cui in molti casi erano caduti questi malati, e, infatti, con una migliore nutrizione e col miglioramento dello stato generale esse sono rapidamente scomparse. La pressione arteriosa, in questi malati in genere assai bassa, non ha subito in seguito alla cura apprezzabili modificazioni.

Incidenti spiacevoli nei miei infermi non si sono mai verificati.

Riassumendo, la così detta « cura bulgara » *non è diretta contro l'encefalite epidemica, ma contro il parkinsonismo postencefalitico* e specialmente contro alcuni sintomi di questa malattia: non fa miracoli, non è un « tocca-sana », come da taluni con leggerezza è stato scritto e da molti si è creduto, ma non è neanche una mistificazione, come da qualcuno in sordina si è sussurrato: *non è una cura specifica*, ma una *cura sintomatica*, anzi per essere più esatti è una *cura di recupero*, e, come tale, deve essere considerata dai medici, dagli ammalati e dalle loro famiglie.

Come cura di recupero però è ottima, rappresenta *quanto di meglio* è possibile offrire a questi ammalati. Essa vi permette di vedere, come ho potuto vedere io con i miei occhi, dei miseri rottami umani, ridotti ai margini della vita, ormai votati a trascinare in piena *coscienza* una esistenza fra le peggiori che si possano immaginare, gravando con tutto il peso sulle loro famiglie, trasformati in individui, se non utili alla società, almeno capaci di provvedere a sè stessi ai loro principali bisogni, e, nei casi meno gravi e meno antichi, di riprendere, almeno in parte, la loro attività.

Questa cura non ha quindi importanza solo dal punto di vista umanitario, ma anche dal punto di vista sociale.

RIASSUNTO.

L'A. ha riferito i risultati da lui ottenuti, in sei mesi di esperimento, con la così detta « cura bulgara » del parkinsonismo postencefalitico. Risultati ottimi sotto ogni riguardo, migliori di quelli avuti con tutte le altre cure fin qui tentate. Tenendo presente che non trattasi di cura specifica, ma di cura sintomatica e più precisamente di cura di recupero.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE ITALIANA
OSPEDALE CHIRURGICO - TANGERI (MAROCCO)

Un caso di anchilosi bilaterale della mandibola, d'origine traumatica.

Dott. CAPPA ORESTE, chirurgo-direttore.

Ragazza di anni 14, sana, bene sviluppata, di costituzione robusta in buone condizioni di nutrizione e sanguificazione. All'età di 8 anni precipitò da una terrazza, alta 4 metri, picchiando violentemente la faccia contro il suolo. Riportò nel trauma contusioni multiple, non gravi a tutto il corpo e la caduta dei denti incisivi inferiori.

Dopo l'accidente la bambina moveva bene la mandibola e nessun fatto fece sospettare ai parenti e al sanitario che l'assistette in quella circostanza la possibilità che una grave anchilosi dovesse svilupparsi nell'articolazione temporo-mandibolare. La lesione s'installò a poco a poco in modo progressivo e divenne totale in pochi mesi.

Ai primi accenni di rigidità articolare fu intrapresa una cura di massaggi. Fu però disgraziatamente una cura saltuaria e incostante, di breve durata e senza risultati.

Esaminando la paziente dopo sei anni dal trauma, quello che risulta immediatamente all'ispezione è l'anormalità dei lineamenti del viso.

La mandibola, piccola, con la branca orizzontale quasi nascosta sotto il mascellare superiore dà al viso il caratteristico profilo di « bec d'oiseau » molto bene evidente nell'unita fotografia. La faccia è simmetrica. I muscoli della bocca sono discretamente sviluppati. I denti permanenti inferiori sono normali per numero e forma. La direzione degli incisivi è però molto obliqua pressochè orizzontale. La mandibola è fissa, fortemente inchiodata contro il mascellare superiore. Non è possibile di far compiere alla mandibola il più impercettibile movimento di abbassamento o di elevazione, in avanti o in addietro o di ro-

tazione o di diduzione. Essa forma un solo corpo con la base del cranio.

La ragazza si nutrì in questi sei anni con alimenti liquidi, che essa aspirava attraverso gli interstizi dentari. Parla in modo incomprensibile articolando male le parole.

Operazione sull'articolazione sinistra: 30-9-1931. Anestesia cloro-eterea. L'incisione della cute è fatta ad angolo retto sopra l'articolazione temporo-mandibolare. Un lato dell'incisione è orizzontale e parallelo al margine inferiore dell'arco dell'osso zigomatico e lungo circa 2 cm. 1/2, l'altro lato si distacca perpendicolarmente dal primo a pochi millim. dal bordo anteriore del condotto uditivo e si dirige molto in alto sulla regione temporale. La cute e il sottocutaneo vengono divaricati fortemente e si scopre e si mette a nudo con strumenti ottusi la superficie ossea, la quale non



presenta alcuna traccia di articolazione e di tessuto fibroso. Si aggredisce l'osso con gli stessi strumenti e le medesime modalità e precauzioni che si usano per la mastoidectomia. L'osso, durissimo, eburneo oppone una notevole resistenza allo scalpello che lo intaglia. Si seziona largamente il collo del condilo si libera e si ribatte in basso un sufficiente lembo di aponeurosi del muscolo temporale e lo si insinua nella sezione ossea facendolo rimontare in alto sotto l'arcata zigomatica. Sutura della pelle.

Operazione sull'articolazione destra:

L'incisione e l'operazione è fatta come a sinistra con la variante che l'incisione verticale è molto meno alta, appena 2 cm. e che nella sezione ossea non si introduce più l'aponeurosi del muscolo temporale. Si nota a destra che l'osso è eburneo, compatto come a sinistra e che non esiste traccia di articolazione e di tessuto fibroso. Il decorso post-operatorio dell'operazione fatta a destra è stato normalissimo; la ferita guarì per prima intenzione. Il decorso della operazione fatta a sinistra è stato complicato: il lembo di aponeurosi cadde in necrosi e venne eliminato.

Dopo ultimata la doppia operazione la paziente moveva bene la mandibola. Per tenere separate le branche montanti della mandibola dall'osso temporale, allo scopo di impedire la formazione di un nuovo callo osseo, si applicò tra le arcate dentarie due piccoli divaricatori a vite (Crette-Drapier). Questi divaricatori vennero però sopportati malamente, causarono dolori sui denti su cui facevano presa e compressione e furono di conseguenza tolti più volte nella giornata. La cura di massaggi e di movimenti è stata iniziata precocemente: dopo 10 giorni dall'operazione. Il risultato post-operatorio immediato fu ottimo. L'ammalata venne a muovere con facilità la mandibola e a distanziare le arcate dentarie di 2 cm., riuscì a masticare e a parlare meglio, articolando discretamente le parole. Uscì dall'ospedale il 23-II-1931 con la viva raccomandazione di continuare a domicilio la cura di massaggi e di movimenti attivi e passivi che faceva all'ospedale. Il risultato post-operatorio lontano è stato pure buono. Da informazioni indirette mi consta che l'operata conserva tutt'oggi una discreta mobilità della mandibola.

Credo utile di far seguire alcune brevi considerazioni all'esposizione del caso clinico sopra descritto.

L'articolazione della mandibola è una diartrosi doppia e composta. Il condilo lungo circa 2 cm. e largo 8 mm. si mette in rapporto con la faccia articolare temporale con l'interposizione del disco articolare, che è di forma elittica, con la faccia inferiore concava e con la faccia superiore convessa in addietro e concava in avanti. La capsula si fissa in alto all'osso temporale e in basso al collo del condilo e inoltre per tutto il contorno si fissa al disco, delimitando così due cavità articolari. La capsula è rinforzata da legamenti: temporomandibolare, sfenomandibolare e da altri due legamenti secondari. La mandibola è composta da una parte mediana incurvata e da due branche laterali, in complesso ha la forma di un ferro di cavallo. Un trauma violento sulla regione mentoniera diretto dal basso in alto e dall'avanti all'indietro si propaga e si concentra sulla doppia diartrosi come le forze prementi sull'arco di un ponte si trasmettono alle basi dei pilastri su cui poggia l'arco per il principio della scomposizione delle forze. Il trauma può ledere tutti gli elementi dell'articolazione o solo qualche elemento. Quando il trauma lede unicamente la parte più superficiale della cartilagine ialina che riveste le superfici articolari, o la faccia interna della sinoviale non può dare origine a un grave processo patologico a carico dell'articolazione, poichè gli elementi articolari lesi sono privi di vasi e sono quindi incapaci di reazione attiva. Quando il trauma lede invece la zona sottocartilaginea e lo strato esterno della sinoviale, benchè non leda l'osso, si ha già in questo caso una vera reazione articolare, una artrite traumatica, con tutte le complicazioni possibili compresa l'anchilosi, poichè queste zone sono irrorate. Il trauma vi provoca delle emor-

ragie interstiziali, delle infiltrazioni leucocitarie a cui segue la formazione di un tessuto di granulazione congiuntivale che riempie le cavità articolari. Il tessuto congiuntivo da fibroso si trasforma in tessuto osseo e il risultato finale è una anchilosi ossea. Questa eventualità è teoricamente possibile però è eccezionale. L'anchilosi ossea deriva in realtà da una lesione ossea. Quando il trauma oltre a lacerare la capsula e la cartilagine, provoca delle fratture del condilo totali o parziali intra o extra articolari si ha facilmente un'anchilosi ossea. Nel punto della lesione ossea si forma un tessuto congiuntivo cicatriziale osteoide che può estendersi a tutta l'articolazione e arrivare a mettersi in contatto con la superficie articolare di fronte. Il tessuto congiuntivo osteoide si indurisce, si calcifica e si trasforma poi in un vero tessuto osseo. Più tardi un processo di osteite condensante invade il tessuto osseo neoformato che diviene per ciò compatto, duro, eburneo.

L'anchilosi bilaterale della mandibola è molto rara, può esser totale o parziale. Può esser determinata da un trauma o da una malattia infettiva come la scarlattina o il tifo, oppure da un processo infiammatorio vicino come una otite purulenta o un flemmone d'origine dentale. Il caso da me osservato è sicuramente d'origine traumatica. E troppo evidente e connesso il rapporto tra trauma e lesione. Non è possibile pensare a delle malattie intercorrenti o a delle concause. Il trauma violento sulla regione mentoniera, riportato cadendo dalla terrazza, si propagò alla doppia diartrosi, lacerò e fratturò gli elementi articolari, causò un'artrite traumatica e questa guarì per anchilosi ossea.

La sintomatologia dell'anchilosi bilaterale è caratteristica. L'impossibilità di compiere qualsiasi movimento attivo o passivo è assoluta. L'atrofia della mandibola nelle forme giovanili è molto evidente e si estende in modo uniforme a tutto l'osso. La faccia di solito è simmetrica. La diagnosi differenziale dev'essere fatta con il trisma e con un processo cicatriziale, ciò però solo nelle forme recenti, poichè nei casi di vecchia data la diagnosi non incontra alcuna difficoltà. La radiografia è di grande giovamento.

L'incisione da me scelta per scoprire l'articolazione temporo-mandibolare è stata quella ad angolo retto. Dufourmentel consiglia l'incisione ad angolo acuto per evitare la sezione dei rami superiori del nervo facciale. Scegliendo l'incisione ad angolo retto il tratto orizzontale dev'essere senza dubbio assai breve altrimenti i rami temporali e zigomatici vengono lesi con la irrimediabile e spiacevole conseguenza di una paralisi dei muscoli orbicolari, frontali e corrugatori. La pelle e gli strati profondi si lasciano facilmente distendere non è perciò necessario che l'incisione cutanea sia molto ampia. Mi sono servito di strumenti smussi per scoprire il piano osseo e così facendo non ho leso i rami del facciale.

L'incisioni usate per scoprire l'articolazione temporo-mandibolare sono però parecchie e variano moltissimo per direzione e per lunghezza del tracciato. Dalle semplici incisioni lineari orizzontali, verticali o oblique o ad angolo sopra l'articolazione si giunge all'incisione difficile retroauricolare di Bockenkeine e di Aschousser e all'incisione lungo il bordo posteriore della branca montante della mandibola.

La sezione ossea fatta con il trapano o con lo scalpello non presenta difficoltà e neppure seri pericoli se fatta con precauzione.

Il punto di sezione ossea per le forme bilaterali deve cadere logicamente sul collo del condilo o sulla linea articolare. Dufourmentel sconsiglia di fare una vera resezione ossea. Ho voluto nella prima operazione interporre nella sezione ossea un lembo di aponeurosi del muscolo temporale, come fecero A. K. Henry e Sualegni, ma le difficoltà incontrate a collocarlo e a fissarlo sono state tali che decisi di rinunciarvi nella seconda operazione. Sokolow interpose un lembo di muscolo massetere che fissò al muscolo pterigoideo interno. Dufourmentel, che ha una grande competenza ed esperienza su questa rara infermità potendo enumerare oltre 50 operazioni di sezione temporo-mandibolare, consiglia giustamente di non interporre nella sezione ossea nè muscoli, nè aponeurosi nè guttaperca.

Il trattamento post operatorio ha una grandissima importanza forse superiore all'operazione stessa. Per tenere separate le superficie ossee sezionate io mi sono servito di un apparecchio di fortuna, di due divaricatori che ponevo e toglievo più volte nella giornata. Darcissac ha ideato un ingegnoso apparecchio che permette la mobilizzazione continua della mandibola, questo apparecchio è certamente superiore a qualsiasi dispositivo che tenga solo separate le superficie ossee. La cura di massaggi deve protrarsi molto a lungo.

RIASSUNTO.

L'A. espone un caso di anchilosi bilaterale della mandibola d'origine traumatica e curata con la doppia sezione del collo mandibolare.

BIBLIOGRAFIA.

Dufourmentel. *Chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire.* Masson Editeurs.

G. Axhausen. *Voie d'abord de l'articulation tem-*

poro-maxillaire. Der Chirurg., tome III, n. 16, 1931; Journal de Chirurgie, tome XXXIX n. 1, 1932.

A. F. SARALEGNI. *Ankylose osseuse temporo-maxillaire unilatérale traitée par l'arthroplastie de Murphy*. Boletines y trabajos de la Sociedad di Cirurgia de Buenos Aires, tome XIII, n. 6, 1929; Journal de Chirurgie, tome XXXV, n. 2, 1930.

R. CANALS MAYNER. *Un caso d'ankilose temporo-maxillaire*. Revista medica de Barcelona, tome XV, n. 85, 1931; Journal de Chirurgie, tome XXXVII, n. 6, 1931.

A. K. HENRY. *Une méthode d'arthroplastie dans l'ankylose de la mâchoire*. The Lancet, tome CCXV, 1928; Journal de Chirurgie, tome XXXIII, n. 5, 1929.

FROMME. *Ankylose de la mâchoire et micrognathie*. Bruns Beitrage zur Klinischen Chirurgie, tome CXLIV, fasc. 2, 1928; Journal de Chirurgie XXXIII, n. 6, 1929.

L. DESGOUTTES. *Le résection de l'angle de la mâchoire dans l'ankylose temporo-maxillaire*. Technique chirurgicale, an. XXV, n. 4, 1933; Journal de Chirurgie, tome XLII, n. 6, 1933.

NICOLAUS N. SOKOLOW. *Au sujet du procédé opératoire de Beresowski dans l'ankilose de la mâchoire inférieure*. Deutsche Zeitschrist fur chirurgie, tome CCXXXI, fasc. 2-3-4); Journal de Chirurgie, tome XXXVIII, n. 1931.

MALLET GUY B. AND P. YOUVE. *Etude anatomique d'une ankylose temporo-maxillaire bilaterale*. Ann. d'Anat. Path. Med. Chir., vol. II, jan. 1927.

J. M. JORGE. *Anquilosis osen temporo-maxilar bilaterale tratamiento*. Semana Med., 15-IX-1927.

KONIG. *Ankylosis mandibulae*. Archiv. Klinische Chirurgie: Bd. 148, Kongressbericht, 1927, p. 152.

VECCHI. *Anchilosi ossea traumatica temporo-mandibolare*. Gazzetta Ospedali e Cliniche, n. 58, 1918.

RIVISTE CRITICHE.

ISTITUTO ROBERTO KOCH - BERLINO

Sulla questione della variabilità del bacillo tubercolare

Prof. BRUNO LANGE

1. — L'IPOTESI DEL CICLO DI SVILUPPO DEL BACILLO TUBERCOLARE E LA TEORIA DELL'ULTRAVIRUS.

La diagnosi e la lotta contro la tubercolosi si basano sulla scoperta, da parte di Roberto Koch, del bacillo tubercolare come agente specifico della malattia. Una malattia viene considerata generalmente come tubercolare soltanto quando è riuscita la dimostrazione del bacillo di Koch col microscopio, con la coltura e coll'esperimento sugli animali.

È noto ormai da lungo tempo, e già lo stesso Koch ha fatto osservazioni simili, che le singole qualità del bacillo tubercolare come quelle degli altri agenti infettivi possono *variare*, entro certi limiti, in vitro ed in vivo. Ciò vale ad esempio per il comportamento della colorabilità del bacillo, per la sua crescita nella coltura artificiale e per la sua virulenza. Queste osservazioni non toccano però le basi erette da Koch. Del tutto diversamente si devono giudicare invece le moderne ricerche di laboratorio, i cui risultati, in caso che venissero confermati, ci dovrebbero indurre ad abbandonare la concezione del bacillo tubercolare come unica causa determinante della tubercolosi e ad uniformare il nostro procedimento nella pratica alle vedute avanzate recentemente sulla patogenesi della tubercolosi. Intendo alludere con ciò ai risultati di ricerca, che lasciano supporre un *ciclo di sviluppo* dell'agente tubercolare.

Già nel 1907 Much ha descritto dei granuli bacillari ritenendoli l'espressione di uno speciale stadio di sviluppo dell'agente tubercolare. Da quel tempo è stato affermato a più riprese, che il bacillo descritto da Koch fosse soltanto una fase nel ciclo dello sviluppo del virus tubercolare. Anche recentemente nell'ultimo Congresso Internazionale della Tubercolosi a Varsavia, il relatore principale sulla variabilità biologica del bacillo tubercolare, Karwacki, ha sostenuto, in base alla morfologia ed al comportamento della colorabilità, la presenza di *forme di sviluppo* differenziabili *del bacillo tubercolare*. In altro luogo ho discusso dettagliatamente la questione e voglio qui soltanto osservare che non ritengo come sufficientemente dimostrativa nessuna delle osservazioni sulle quali si basa la concezione di un simile ciclo dello sviluppo. La sola constatazione che nella coltura artificiale del bacillo di Koch appaiono talvolta la forma tipica del bacillo e talvolta invece dei cocchi o bastoncelli non acidoresistenti o anche delle figure

streptotrixsimili, non prova nulla circa un rapporto fra queste varie forme nel senso di una serie di sviluppo chiusa. È facile che si tratti soltanto di un inquinamento dei bacilli tubercolari con altri microorganismi, che nel trapianto ulteriore, secondo il metodo usato, vengono ora ostacolati ed ora favoriti, oppure si può trattare anche di prodotti di degenerazione (ormai incapaci di sviluppo) dei bacilli tubercolari, come quelli che si possono osservare frequentemente nelle vecchie colture. Neanche l'affermazione, che il bacillo tubercolare può derivare da un granulo, è basata su reperti la cui interpretazione regga alla critica. Nessuno ha potuto dimostrare finora mediante il metodo unicellulare lo sviluppo di un bacillo da un granulo o da formazioni simili non a bastoncello. Nè d'altra parte una simile dimostrazione è possibile in altro modo. Usando questo metodo di coltura unicellulare, metodo del resto di per sè molto complicato, si poteva soltanto osservare, seguendo lo sviluppo del bacillo tubercolare, che un bacillo nasce da un altro bacillo (Oerskow, Wamescher, Kauffmann). Nei granuli descritti da Kahn ed altri, le formazioni filiformi dalle quali dovrebbero derivare i bacilli tubercolari, sono evidentemente dei bacilli distrutti o dei prodotti artificiali.

L'ipotesi dell'*ultravirus* non avrebbe richiamato tanta attenzione nel mondo scientifico, come l'ha richiamata effettivamente, se un autorevole ricercatore come Calmette non si fosse dichiarato vivamente favorevole ad essa. Già nel 1928 in occasione del Congresso dell'Unione Internazionale contro la Tubercolosi a Roma, io ho rifiutato, basandomi sulle mie ricerche, questa concezione sul virus tubercolare filtrabile. Neanche le numerose ricerche eseguite in seguito, specialmente nell'Istituto Pasteur, sono valse a convincermi dell'esattezza della nuova teoria.

Nessuno ha potuto finora stabilire sufficientemente i caratteri dell'ultravirus, tanto che si possa di esso farsi una chiara immagine. I reperti negli organi delle cavie che furono inoculate con filtrati di materiale contenente bacilli tubercolari e che vengono dati come tipici per l'effetto dell'agente tubercolare filtrabile, si trovano, secondo la nostra esperienza, anche molto frequentemente nelle cavie che non ebbero mai simili iniezioni. Il reperto di bastoncini acidoresistenti nel preparato microscopico di nodi linfatici tumefatti degli animali trattati con filtrati, non potè mai essere confermato, evitando tutte le fonti d'errore, nè nell'Istituto R. Koch, nè in altri laboratori che hanno una particolare competenza nel campo della tubercolosi e del virus filtrabile (L. Lange e Claubert, Petragnani, Schmidt), oppure fu interpretato in diverso modo.

Del resto questo reperto si presta a moltissime interpretazioni, perchè non si è riusciti, nonostante grandi fatiche, a coltivare i bacilli con trapianti successivi. Posto che possano escludersi gli errori d'esperimento nelle inoculazioni delle cavie e nell'allestimento dei preparati microscopici, (cosa che io metto in dubbio), il reperto suaccennato starebbe a significare, che l'ultravirus, a cui si attribuisce tuttavia nel corpo umano una certa qualità patogena (esso difatti avrebbe la proprietà di condurre a morte i lattanti delle madri tubercolose con i fenomeni del marasma, e di trasformarsi inoltre, nell'uomo, in bacilli tipici di Koch), esercita nell'organismo dell'animale da esperimento, che è sensibilissimo alla tubercolosi, un effetto quasi più lieve di quello di un saprofita: inoltre si trasforma in bacilli, che non sono però dei veri bacilli tubercolari e la cui vitalità non si è neppure potuta dimostrare con sicurezza. Qui mi pare che esista una contraddizione inspiegabile. Anche il fatto che, in una parte degli esperimenti, mediante il trapianto degli organi degli animali infettati con filtrato si riesca a determinare in cavie nuove una tubercolosi, non porta per nulla alla concezione che in questi passaggi un ultravirus si sia trasformato in bacilli di Koch; un tale risultato si può spiegare piuttosto facilmente se ci si riporta ai noti effetti di quantità minime di bacilli di Koch più o meno danneggiati che sono passati attraverso il filtro di porcellana. Come più volte si è potuto dimostrare, non esiste una impermeabilità assoluta delle candele di Chamberland per i bacilli tubercolari. E inoltre si deve tener anche conto, secondo le nostre esperienze, e data la maniera violenta di preparazione delle sospensioni adoperate per la filtrazione (agitazione in vasi con perle di vetro), su un danneggiamento dei bacilli tubercolari. Neppure usando filtri a membrana secondo Zsigmondy-Bachmann, o sacchetti di collodio, si può escludere con sicurezza che dei bacilli tubercolari isolati possono passare attraverso il filtro in seguito a permeabilità di esso.

Il fatto, poi, che Calmette e la sua scuola ritengano le differenze evidenti nel decorso della tubercolosi nei singoli individui, come determinate dalle oscillazioni nel rapporto fra ultravirus e bacilli tubercolari, vuol dire, secondo me, che un'altra ipotesi si aggiunge alle molte altre non dimostrate sull'ultravirus. Le differenze nel decorso della tubercolosi nei diversi soggetti e le oscillazioni dell'intensità del processo morboso nel medesimo soggetto, possono essere spiegati in maniera convincente dall'influenza biologica fra bacillo e capacità di resistenza dell'organismo o dalle oscillazioni stesse di questa resistenza.

Io non avrei preso di nuovo posizione contro la questione dell'ultravirus se, negli ultimi tempi, non fosse stato affermato nuovamente dalla scuola di Calmette, in modo speciale da Nègre e Valtis e collaboratori, che *da un virus tubercolare filtrabile, uniforme, non ancora differenziato, si svilupperebbero i tipi soltanto in seguito ad adattamento alle diverse specie*

degli animali ed all'uomo. Gli stessi AA. sono dell'opinione che la differenziazione dei bacilli tubercolari secondo i tre tipi proposti da Maffucci, Thschmidt, e Roberto Koch, *non fosse completamente attuabile*, perchè esisterebbero dei *passaggi* tra i singoli tipi. Dopo le discussioni sulle teorie dell'ultravirus dovremmo occuparci ancora dell'affermata *possibilità della trasformazione dei tipi.* A questa affermazione della variabilità dei tipi è strettamente legata la concezione della dissociazione di qualsiasi coltura di bacilli in forme diverse di colonie R e S, che si differenzierebbero in modo evidente non soltanto all'esterno, ma sopratutto anche nella loro *patogenicità* di fronte alle varie specie di animali e, in modo evidente, nella loro *virulenza* (Valtis, Saenz e collaboratori).

2. — LA VARIABILITÀ DEI TIPI DEL BACILLO TUBERCOLARE.

Per quanto riguarda anzitutto la variabilità dei tipi, esiste su questo tema un esteso materiale di osservazione sugli uomini e sugli animali. Più volte sono state descritte delle varianti nel tipo singolo; per esempio il tipo bovino ha la tendenza, in caso di una lunga coltivazione continuata su terreni glicerinati, ad assumere una forma di crescita, che non si può più distinguere da quella del tipo umano. Se si controlla la patogenicità pel coniglio e la virulenza per le cavie di simili ceppi, si trova, di regola, una diminuzione della virulenza più o meno spiccata. Si tratta di una vasta menomazione irreversibile che possiamo forse chiamare *degradazione.* Quale alto grado possono raggiungere simili alterazioni, dimostrano la storia della scoperta del BCG e anche le ultime pregevoli comunicazioni di Négre e Valtis su un indebolimento della virulenza in quasiasi ceppo tubercolare ottenuto in seguito a passaggi successivi su terreni di Sauton. Con la perdita della virulenza e con la modificazione della crescita nella coltura artificiale questi ceppi non acquistano però ancora le qualità del tipo umano; vengono piuttosto conservati, *specialmente in vivo, i segni principali del tipo.* È noto che i risultati di Behring e Röhmer ed inoltre quelli di Eber e di altri AA., che avrebbero dovuto dimostrare la trasformazione di un tipo nel tipo bovino mediante passaggio sugli animali, non poterono essere confermati da Neufeld e dai suoi collaboratori con la scrupolosa esecuzione degli esperimenti. Alla concezione di una possibile trasformazione di un tipo nell'altro non hanno dato nessun punto d'appoggio neppure le grandiose ricerche della Commissione inglese per la tubercolosi. Specialmente interessanti mi sembrano le osservazioni continue sull'uomo (che si estendono a molti anni) le quali hanno portato alla convincente dimostrazione che il tipo bovino trovantesi ad esempio nei malati di lupus o di tubercolosi ossea aveva conservato, nel corpo umano, anche in tutte le molte altre ricerche di più tardi, fatte a distanza di vari anni una dall'altra, le sue qualità caratteristiche (Stanley, Griffith, Weber). Questo materiale assai dimostrativo non può essere affatto sminuito nel suo valore dal piccolo numero delle osservazioni sperimentali dell'Istituto Pasteur che pare si debbano interpretare in altro modo: si deve pensare piuttosto che le *infezioni spontanee* degli animali da esperimento adoperati per il passaggio hanno influenzato i nuovi risultati di Valtis e collaboratori nella stessa maniera degli esperimenti precedenti di Behring, Höhmer ecc. È molto strano per esempio, che dal filtrato di una coltura bovina si attenga, attraverso la cavia, una coltura che è improvvisamente patogena per i polli. Però neppure il metodo della *differenziazione dei tipi* adoperato dagli AA., su citati appare sufficiente; così è azzardato di fidarsi, nella diagnosi dei tipi, unicamente delle colture su *terreno glicerinato*, d'altra parte neppure l'inoculazione delle colture in esame nei conigli, per via endovenosa, alla dose di oltre 1-100 di mg. risponde allo scopo.

Resta quindi, anche per l'avvenire, nostro compito quello di delimitare nettamente l'uno dall'altro (secondo il risultato di controlli sufficienti del comportamento colturale e della patogenicità degli animali) i tipi dei bacilli tubercolari e di trarre le nostre conclusioni per la pratica: di combattere cioè le fonti d'infezione prvenienti dai bovini malati là dove viene trovato il tipo bovino, e di combattere invece il pericolo del contagio che proviene dall'uomo là dove si tratta del tipo umano. Un valore limitato ha la diagnosi dei tipi se viene eseguita solamente su vecchi ceppi di laboratorio i quali in caso di lunga coltivazione successiva attraverso trapianti, possono perdere, talvolta notevolmente, le loro proprietà.

3. — DISSOCIAZIONE.

Il fatto che i bacilli acidoresistenti possono dividersi durante la coltura artificiale in due tipi principali di colonie, è noto da oltre 30 anni. Da principio sono stati studiati i saprofiti acidoresistenti (Baerthlein e Tojoda, Gildemeister). Una maggiore attenzione ha attratto su di sè però il fenomeno, quando Petroff (1927) ha affermato, che alla dissociazione della coltura nelle cosidette varianti R-S era unita una profonda differenziazione biologica; e specialmente la sua comunicazione, che il BGC controllato da Calmette e da molti altri AA., in grandissime dosi sugli animali e sull'uomo e ritenuto da essi come perfettamente innocuo presenta invece frequentemente, nella dissociazione, oltre a numerose forme di colonie: R di debole virulenza, delle colonie: S isolate, che in caso di inoculazione nelle cavie provocherebbero una tubercolosi progrediente. Petroff ed i suoi collaboratori hanno

descritto una simile dissociazione in forma virulenta e poco virulenta anche nei ceppi bovini, ed in quelli umani, nonchè nei bacilli della tubercolosi aviaria. Da allora è stato pubblicata un'abbondante letteratura sulla dissociazione dei bacilli tubercolari. Nell'Istituto Pasteur specialmente vengono pubblicati ogni anno molti lavori che si occupano di questo tema e che apportano, a quanto pare, sempre nuovi punti di vista alla questione.

Passando in rassegna la letteratura del caso, ci si accorge subito delle forti contraddizioni fra i risultati dei singoli ricercatori. In altro luogo ho spiegato, come siano notevolmente divergenti le vedute riguardo al BCG. Però anche per il resto esistono dei contrasti nelle opinioni, per i quali non si trovano ancora delle spiegazioni. Talvolta viene considerata come avirulenta nei ceppi bovini la variante — R e la variante — S come virulenta (Petroff ed altri), e talvolta viceversa si ritiene come virulenta la variante — R e come avirulenta la variante — S (Birkhaug). Altri ricercatori ancora, credono di non poter riconoscere nessuna differenza nella virulenza dei tipi in colonie R — ed — S (Tzechnowitzer, Favia). Secondo le ultime ricerche di Berthelot, Valtis e van Deinse si devono distinguere vere e false varianti — S. Tale fatto mi pare che rappresenti il colmo della confusione.

Tutta la questione non ha soltanto un interesse teorico, anche perchè nel corpo degli animali avverrebbe, secondo Valtis e collaboratori, una metamorfosi di un tipo di sviluppo nell'altro ed in seguito a ciò sarebbe possibile un'influenza sui processi morbosi tubercolari.

Poichè mi sembrava che una chiarificazione del problema della dissociazione fosse molto desiderabile, ho pregato il dott. Bruno Besta dell'Istituto Benito Mussolini di Roma, di sottoporre tutta la questione ad un esame sistematico nel mio laboratorio. Siccome Besta riferirà dettagliatamente altrove sui risultati delle sue ricerche, posso limitarmi qui a riassumerli brevemente. Furono controllate principalmente le seguenti questioni:

1) a quali condizioni esterne è legata la quantità e la specie della dissociazione di una coltura in varianti — S ed — R, e come si distinguono i singoli tipi ed entro ogni tipo i singoli ceppi dei bacilli tubercolari?

2) Alle differenze della crescita corrispondono profonde differenze biologiche dei tipi delle colonie dissociate?

Numerosi esperimenti eseguiti variando il tempo, la specie del terreno ed il ceppo, hanno dimostrato, che *nel processo della dissociazione* tutto ciò che è *irregolare, saltuario, incalcolabile sta assolutamente sempre in prima linea.* Si possono stabilire delle regole soltanto entro limiti strettissimi. Nella dissociazione dei ceppi del tipo bovino le varianti — S: superavano frequentemente, se non sempre, di numero, le varianti — R, si riscontravano inoltre non di rado delle forme intermedie ed altre varianti; nel tipo umano si poteva constatare invece un comportamento opposto. I nostri ceppi di gallinaceo formavano quasi esclusivamente colonie del tipo — S, soltanto molto raramente delle forme — R. — Non siamo riusciti, nella regola, a ottenere, mediante ripetuti trapianti dalle colonie — R e rispettivamente — S, delle colture pure. Neanche le colture dissociate — R ed — S che ci furono gentilmente inviate dall'Istituto Pasteur da Saenz e Birkhaug, erano costanti secondo il nostro controllo, ma si dividevano dopo il trapianto di nuovo in ambedue i tipi. Basandosi su questa netta labilità dei tipi, Besta è partito nelle sue ricerche, da principio, dalle *colonie — R ed — S isolate* sulla superficie del terreno di coltura, *colonie che erano state identificate come tali.* Anche per il resto fu tentato di evitare le fonti d'errore in cui si può incorrere nei controlli comparativi della virulenza, usando una tecnica quantitativamente imprecisa. Infatti nella ineguale riduzione in polvere delle colonie — R ed — S durante la preparazione delle emulsioni dei bacilli si deve tener conto che nelle singole diluizioni di un tipo passano notevolmente più o anche meno bacilli tubercolari che non nelle diluizioni di un altro tipo. Per un controllo comparativo esatto della virulenza si deve perciò esigere che il numero dei bacilli tubercolari che devono essere inoculati agli animali venga controllato *col metodo di coltura.* Il controllo della virulenza avvenne, secondo il tipo della coltura esaminata, su conigli, cavie, polli e topi. Esso fu eseguito sempre con più ceppi provenienti da ogni tipo. Risultò senza eccezione, *che tanto nelle colture virulente come in quelle poco virulenti di ognuno dei tre tipi, la dissociazione in forma di colonie — R ed — S non era mai in rapporto con la comparsa di colonie di varia virulenza.*

Nelle colture ad alta virulenza le varianti — R ed — S erano della stessa grande virulenza, invece le colture con potere patogeno indebolito mostravano una diminuzione uniforme del potere stesso. Contro questo reperto già difficilmente conciliabile con i risultati di Saenz, Birkhaug, Petroff ed altri, parlano assolutamente ancora una serie di altre esperimenti di natura generale.

Se un tipo di colonie fosse da considerare, entro la coltura pura di un ceppo di bacilli, come variante a *virulenza indebolita*, un'altro invece come variante *virulenta*, accadrebbe, che le colture di buona virulenza consisterebbero principalmente della variante cosidetta virulenta, e le colture indebolite principalmente della variante avirulenta. Secondo le osservazioni di Besta non è però così. Neanche con diversi passaggi susseguentisi degli animali si riesce a coltivare quella delle due varianti, a cui viene attribuita un'alta virulenza, cosa che dovrebbe verificarsi, se esi-

stessero le evidenti differenze della virulenza asserite dagli AA. francesi e da altri. Infine nella grande variabilità del fenomeno della dissociazione si dovevano verificare notevoli *oscillazioni* della *virulenza* di un dato ceppo di bacilli tubercolari. Ma neppure questo si verificò. Noi possediamo ceppi umani che hanno presentato, nei controlli ripetuti e distanti l'uno dall'altro, sempre la medesima virulenza, nonostante che in ogni trapianto da coltura in coltura si siano dissociati in forme R ed S con un rapporto sempre cambiante della partecipazione delle varianti. D'altra parte non abbiamo ancora potuto osservare che un ceppo di bacilli tubercolari per esempio bovino, indebolito nella sua virulenza, ritorni spontaneamente di nuovo alla sua virulenza iniziale.

I risultati confermano, tutto sommato, i reperti di Tzechnowitzer, Favia ecc. e li integrano in diversi riguardi. Non può essere nostro compito, di spiegare, come si siano verificati i risultati sperimentali opposti ai nostri. Vorrei accennare qui soltanto brevemente ad una possibilità di spiegazione.

I bacilli tubercolari ottenuti da soggetti ed animali tubercolosi non rappresentano sempre colture di un solo ceppo, bisogna contare piuttosto sulla possibilità che essi consistano di due o anche di più ceppi diversi di bacilli. Ora può accadere che per esempio due ceppi uniti in una coltura bovina si comportino diversamente nella ulteriore coltivazione in coltura artificiale, cosicchè l'uno dei due perde di più e l'altro di meno della sua virulenza. Se in questa coltura ambedue i ceppi si dividono in varianti —R e —S, esiste una certa probabilità di coltivare nel trapianto di colonie singole, delle colonie —R da uno dei ceppi, e delle colonie —S dall'altro, e di confrontare così due diversi ceppi riguardo alla loro virulenza.

La possibilità di un simile fatto viene dimostrato dalla seguente osservazione: nella coltura Vallée Birkhaug ha trovato la variante —S debole e la variante —R fortemente virulenta, noi stessi non abbiamo trovato nessuna differenza di virulenza fra —R e —S. Il controllo delle colonie dissociate di Birkhaug diede anzitutto una conferma dei risultati dell'Autore. Effettivamente la variante —R si dimostrò virulenza e la variante —S quasi avirulenta. Degno di nota è però che la variante —S, nuovamente divisa, presentava tipi di colonie —R e —S che erano ambedue egualmente avirulenti.

In ogni caso, si riconosceranno come valide le affermazioni di una diversa virulenza delle forme — R e — S soltanto se esse si basano su *colture che sono state ottenute da una sola cellula*.

CONCLUSIONE.

1) Per la concezione di un *ciclo di sviluppo* del bacillo tubercolare, specialmente della sua insorgenza da una *forma filtrabile*, la ricerca non ha potuto fino ad oggi, nonostante i numerosi lavori che negli ultimi anni si sono occupati di questo tema, fornire punti d'appoggio sicuri. Non vi è neppure nessuna necessità di fare ricerche di un'altra forma dell'agente tubercolare oltre a quella tipica del bacillo tubercolare.

2) Gli esperimenti di Valtis e collaboratori, scarsi di numero e non senza obbiezioni nella tecnica, che hanno condotto alla nuova ipotesi sull'*insorgenza dei tre tipi di bacilli tubercolari da un ultravirus unitario non ancora differenziato*, e che hanno indotto di nuovo alla supposizione della possibilità del passaggio di un tipo nell'altro, non possono modificare la concezione acquisita da lungo tempo ed in base ad un grande materiale dimostrativo, *sulla costanza* dei tipi. I segni principali dei tipi vengono assolutamente mantenuti nel corpo degli animali. Nella coltura artificiale ulteriore si alterano bensì talvolta taluni ceppi di bacilli tbc. nella crescita su terreni artificiali ed anche nella virulenza, però una trasformazione di un tipo nell'altro non avviene mai.

3) *La dissociazione delle colture di bacilli tbc.* in colonie di varia forma (R e S) è un fenomeno molto labile. Le varianti ottenute nella divisione di colture pure non si distinguono, secondo le ultime ricerche di Besta nell'Istituto Roberto Koch, nella loro virulenza.

LETTERATURA.

BAERTHLEIN e TOJODA. Z. f. Bakt., 57, 281, 1913.
BERTHELOT, VALTIS e VAN DEINSE. C. r. Soc. Biol., 115, 1181, 1934.
BEHRING, RÖMER e RUPPEL. Behrings Beiträge, 5, 1, 1902.
BIRKHAUG. C. r. Soc. Biol., 113, 726, 1933.
ID. C. r. Soc. Biol., 113, 814, 1933.
ID. Ann. Inst. Pasteur, 51, 428, 1933.
BRITISH ROYAL COMMISSION. Final Report, Part 1, 1911.
CALMETTE. *L'infection bac. et la tuberculose*. Paris, Masson, p. 153, 1928.
FAVIA. Soc. internaz. microbiol. Bollett. sez. ital., 6, n. 5, 1934.
GRIFFITH, STANLEY. Z. f. Tub., 64, 108, 1932.
GILDEMEISTER. Ibid., 86, 513, 1921.
KAHN. Amer. Rev. of Tub., vol. 20, 150, 1929.
KELLER e WETHMAR. Z. f. Tub., 54, 22, 1929.
KARWACKI. Tagung d. internaz. Union. gegen die Tub., Varsavia, 1934.
LANGE L. e CLAUBERG. Z. f. Tub., 53, 1, 1929.
LANGE G. Brauers Beitr. z. Klin. d. Tbk., 81, 235, 1932.
MUCH. Ibid., 8, 85, 1907.
NEGRE, BOQUET e VALTIS. C. r. Soc. Biol., 102, 836, 1929.
NEGRE, VALTIS e VAN DEINSE. Ibid., 114, 439, 1934.
NEGRE e VALTIS. Ann. Inst. Past., 51, 591, 1933.
ID. ID. Ibid., 52, 488, 1934.
NEUFELD. Beitr. z. Klin. Tkb., 56, 48, 1923.
NEUFELD, DOLD e LINDEMANN. Zentralbl. f. Bakt., 10, 65, 467, 1912.
OERSKOV. Z. f. Bakt. Orig., 123, 271, 1931.
PETRAGNANI. Boll. Ist. Sieroter., Milano, 7, 741, 1928.

PETROFF. Prod. of the Soc. f. exp. biol. and med., 24, n. 7, 632, 1927.
PETROFF e STEENKEN. Amer. Rev. Tbc., 19, 9-46, 1929.
PETROFF, BRANCH e STEENKEN. Proc. of the Soc. for exp. biol. and med., 25, 14-17, 1927.
PETROFF e STEENKEN. J. of exp. Med., 51, 831, 1930.
PETROFF, STEENKEN e SCHNIEDER. Beitr. Klin. Tub., 74, 499, 1930.
SAENZ. C. r. Soc. Biol., 113, 1503, 1933.
SAENZ e COSTIL. Ibid., 114, 1623, 1933.
ID. ID. Ibid., 114, 1260, 1933.
ID. ID. Ibid., 116, 836, 1934.
ID. ID. Ibid., 114, 1263, 1933.
SCHMIDT. Z. f. Hyg., 112, 95, 1931.
ID. Ibid., 113, 90, 1932.
TZECHNOWITZER. Ann. Inst. Past., 42, 67, 1928.
ID. Ibid., 45, 162, 1930.
VALTIS e VAN DEINSE. Ann. Inst. Past., 51, 419, 1933.
ID. ID. Ibid., 53, 51, 1934.
ID. ID. C. r. Soc. Biol., 114, 488, 1934.
VALTIS. Ibid., 103, 1096, 1930.
VALTIS e SAENZ. Ibid., 103, 134, 1930.
WAMOSCHER. Briefl. Mitteilung an Verf.
WEBER e STEFFENHAGEN. Tub. Arbeiten a. d. R. G. A., H. 11, 1, 1912.
WINN e PETROFF. J. of Exp. Med., 57, 239, 1933.

STORIA DELLA MEDICINA

LABORATORIO DI BATTERIOLOGIA E MICROGRAFIA DELLA DIREZ. GENERALE DELLA SANITÀ PUBBLICA diretto dal Prof. ROMANO MAGGIORA VERGANO.

Sulla priorità dell'uso dell'acido fenico nella "chirurgia antisettica".

Dott. VINCENZO MARINO, primo assistente.

Comunemente l'introduzione dell'uso dell'ac. fenico nella chirurgia antisettica si attribuisce al Lister che con una serie di lavori pubblicati dal 1867 in poi, dimostrò la importanza di questa sostanza nella pratica chirurgica, sia per prevenire le suppurazioni che per curare le piaghe suppurate.

Il Lister in *Lancet*, 1867, pag. 326, scriveva:

« In the course of the year 1864 I was much struck with an account of remarcable effects produced by Carbolic acid upon the sewage of the town of Carlisle, the admixture of a very small proportion not only preventing all odour from the lands irrigated with the refuse material, but, as it was stated, destroying the entozoa which usually infest cattle fed upon such pastures ».

Senza voler diminuire l'opera del Lister che con i suoi numerosi lavori indubbiamente contribuì moltissimo ad instradare la chirurgia sulla via dell'antisepsi, è tuttavia doveroso ricordare che l'uso dell'acido fenico in chirurgia ebbe in Enrico Bottini, insegnante nella Scuola di Pavia, un precursore del Lister.

L'idea di trattare le piaghe purulente con sostanze antisettiche già da parecchi anni si era affacciata alla mente dei chirurgi, sia in Inghilterra che in Francia, Italia, Germania ed a tal uopo erano state consigliate varie sostanze: aceto aromatico, acqua clorurata ecc... le quali però non avevano mancato di far rilevare degli inconvenienti.

Nel 1861 fu proposto da Corne e Demeaux il « coaltar », un composto contenente ac. fenico, naftalina, benzina, paraffina, anilina ed altre impurità mescolate a gesso. Questo disinfettante in polvere si usava metterlo nelle ferite e specialmente nelle piaghe. Esso ebbe un periodo di successo ma in breve, specialmente per opera di Bonnefont, Larrey, Velpeau, fu riconosciuto più dannoso che utile. Nè valse ad apportare gran giovamento la proposta del farmacista Le Beuf, di Bajona, di usare il « coaltar saponificato ».

Per quanto la scoperta dell'acido fenico fosse avvenuta fin dal 1834 per opera del Runge, questa sostanza era rimasta quasi completamente dimenticata fino al 1861, anno in cui un operaio di Manchester, di nome Calvert, propose all'Accademia delle Scienze di Parigi, incaricata di portare le sue osservazioni sui disinfettanti per proporre i migliori, di prendere in considerazione anche l'acido fenico.

La domanda fu accolta ma il rapporto del relatore, il chirurgo Velpeau, concluse che l'ac. fenico non offriva alcun vantaggio sul « coaltar », mentre d'altro canto era dotato di azione notevolmente caustica.

Nel 1862 il Pavesi, ritornando dalla Esposizione Internazionale di Londra, portò una boccetta di ac. fenico che diede al Bottini perchè la sperimentasse in chirurgia come antisettico. Il Bottini però, sia perchè allora non aveva possibilità di eseguire su larga scala le esperienze, sia perchè non conosceva abbastanza le proprietà di questa sostanza, trascurò di occuparsi di queste ricerche. Quando però nel 1863 il Lemaire pubblicò la sua monografia sull'ac. fenico, nella quale dava ampi chiarimenti sulle qualità fisico-chimiche e sulle proprietà disinfettanti di questa sostanza, il Bottini iniziò una serie di osservazioni i cui risultati furono pubblicati nel 1866 (un anno prima del Lister) nel lavoro: « Dell'acido fenico nella chirurgia pratica e nella tassidermica » (Milano, Società per la pubblicazione degli Annali Universali delle Scienze e dell'Industria - Galleria De-Cristoforis).

Il Bottini usò l'ac. fenico in soluzione ac-

quosa al 5 % e nei casi in cui desiderava ottenere un'azione più energica si servì di soluzioni alcooliche o acetiche, più concentrate.

Trascurando di occuparmi sia della casistica riportata nel lavoro, che dei dettagli seguiti dall'A. per l'applicazione dell'ac. fenico nelle ferite e nelle piaghe, riferisco solo un brano delle conclusioni, che essendo state formulate in un periodo in cui gli studi batteriologici si trovavano ancora agli albori, meritano di essere segnalate:

« Se si esamina al microscopio il pus di una piaga nello stadio di granellazione, si osserva una miriade di batteri, monadi, vibrioni brulicanti attorno ai globuli purulenti; a questi zoofitisi si accoppiano sovente lussureggianti spore di *penicilium glaucum;* queste tribù parassitarie col loro muoversi vorticoso e colla loro nutrizione riescono di soverchio stimolo agli elementi vivi della parte, donde per maggior germoglio una formazione copiosa di pus. Lavando queste piaghe con acqua fenizzata, scorgonsi le marce diminuire sensibilmente, ed esaminate al microscopio, più non si rinvengono tracce di epifiti, nè zoofiti, la qual cosa lascia credere con molto fondamento che in quei casi ove noi non rinveniamo una causa percettibile, tranne la presenza dei suddetti parassiti, la esagerata formazione di pus si tiene in istretto rapporto con la presenza dei parassiti che lo popolano. Il perchè noi riteniamo che l'ac. fenico distruggendo i parassiti che pullulano sulle superfici suppuranti, modera in queste il processo di piogenesi, scemando lo stimolo ch'essi accagionano, sia direttamente coi loro atti vitali, sia indirettamente alterando la composizione chimica dei liquidi nei quali si trovano immersi ».

Naturalmente il Lister, quando pubblicò le sue esperienze, nulla sapeva del lavoro del Bottini anzi, come risulta dal brano già accennato, sembra che egli ignorasse anche la pubblicazione del Lemaire sull'ac. fenico, infatti dichiara di essere stato indotto ad usarlo in chirurgia solo dai risultati che questa sostanza aveva dimostrato come disinfettante e deodorante delle materie fecali.

Si deve tuttavia al Lister se l'ac. fenico si diffuse nella pratica chirurgica; fu infatti solo per i suoi numerosi lavori che altri sperimentatori si decisero a provarlo. Fra costoro i primi furono: in Francia lo Zayas Bazan che ne fece oggetto di una tesi: « Essai sur le système de traitement antiseptique », Paris, 1873. In Germania i primi lavori furono quelli di R. Volkmann: « Beitrage zur Chirurgie », Leipzig, 1875, e di Von Nussbaum il quale ne parlò in « In die chirurgische Klinik zu Münschen in Jare 1875, ein Anderen für seine Schüler ».

Come si vede, solo dopo quasi un decennio dalle esperienze del Bottini, l'ac. fenico veniva universalmente riconosciuto nella pratica chirurgica, dove ebbe sempre una vasta applicazione fino a quando, in seguito alle maggiori acquisizioni nel campo della batteriologia, fu sostituito dalle pratiche di asepsi.

Roma, 3 settembre 1934-XII.

RIASSUNTO.

L'A., senza voler menomare il merito del Lister ai cui numerosi lavori si deve indubbiamente la diffusione dell'uso dell'ac. fenico nella chirurgia antisettica, rileva tuttavia che Enrico Bottini, insegnante nella Scuola di Pavia, fu un precursore del Lister.

Infatti, mentre il primo lavoro di Lister apparve nel *Lancet* del 1867, il Bottini in una monografia pubblicata nel 1866, trattò ampiamente dell'uso di questa sostanza nella pratica chirurgica.

SUNTI E RASSEGNE.

ALLERGOSI.

L'origine costituzionale dell'allergia.

(H. PETOW. *Deutsche Medizin. Wochenschr.*, 7 dicembre 1934).

Le manifestazioni patologiche da tempo conosciute sotto il nome di « idiosincrasie » si coprono in parte ma non del tutto, con le odierne « malattie allergiche ». Infatti le idiosincrasie comprendono quelle forme morbose che sono in rapporto con una determinata sostanza dannosa, che in dosi più forti sarebbe tossica per tutti: si tratta quindi di vere e proprie intossicazioni, solo che bastano a provocarle delle dosi minime, innocue per la generalità degli individui. Un altro gruppo di idiosincrasie presenta dei sintomi che sono indipendenti dalla qualità della sostanza dannosa. Tali la rinite vasomotoria, l'asma bronchiale, la febbre da fieno, l'orticaria, gli eritemi fugaci, edemi alla Quincke, la colica mucosa, ecc. Queste forme, che corrispondono alla denominazione « malattie allergiche », hanno in comune la predominanza nel quadro morboso di iperemie, edemi, disturbi di secrezione, e negli organi a muscoli lisci, stati spastici. Tutte queste manifestazioni somigliano molto a quelle che osserviamo nello shoc sperimentale. Esse hanno in comune il decorso accessuale, tra i singoli accessi intercorre un periodo più o meno lungo di completo benessere. Non sempre si riesce ad individuare l'agente dannoso: di regola si tratta di sostanze che per la maggior

parte degli uomini sono innocue, come peli animali, squame cutanee, particelle vegetali, batteri innocui, o sostanze chimiche diverse. La teoria più attendibile sulla patogenesi di queste forme, è quella di v. Pirquet: l'azione tossica risulterebbe solo dalla contemporanea presenza della sostanza dannosa e degli anticorpi specifici prodotti dall'organismo sensibilizzato. È possibile che allora si formi dall'allergene una vera e propria sostanza tossica, oppure le manifestazioni patologiche hanno una origine fisico-chimica, in quanto si altererebbe lo stato chimico-colloidale dell'organismo. Secondo l'A. non si spiegano però con la teoria allergica i casi di orticaria da stimoli fisici, nè i casi di asma in seguito a cause psichiche.

Studiando bene tutte le manifestazioni allergiche e le cause che le determinano, si ha l'impressione che ognuno potrebbe diventare allergico, se messo dal caso in condizioni di sensibilizzarsi verso l'uno o l'altro antigene: confermano questo gli studi di v. Pirquet sulle manifestazioni allergiche nella rivaccinazione, nel morbillo e nella tubercolosi, e le osservazioni di Ancona e Frugoni su una specie di sensibilizzazione epidemica di quasi tutti gli abitanti di un villaggio, in seguito a contatto con dei cereali guasti. Però in questi ed in altri casi simili, l'azione degli allergeni ha dovuto essere particolarmente intensa o particolarmente prolungata. In genere vediamo continuamente che alcuni individui presentano manifestazioni allergiche in seguito a breve e lieve esposizione alla azione degli allergeni: esiste quindi indubbiamente una particolare predisposizione costituzionale ad ammalare di malattie allergiche. Pare che una tale predisposizione possa anche venire acquisita nel corso della vita: avrebbero a tale riguardo importanza alcune malattie infettive, come la grippe e la tubercolosi. I casi di lattanti che reagiscono con manifestazioni allergiche a sostanze con cui mai erano venuti a contatto, dimostrano quale importanza preponderante spetti però alla predisposizione congenita: alcuni AA. parlano in questi casi di « idiosincrasie allergiche primarie ». Altri ammettono una sensibilizzazione del feto, anche in tal caso si dovrebbe però trattare di una predisposizione costituzionale. La predisposizione alle malattie allergiche è familiare ed è ereditaria. R. POLLITZER.

La sostanza d'Oriel nella cura degli stati allergici.

(P. SAVY e H. THIERS. *Presse Médicale*, 10 novembre 1934).

Le emicranie tenaci, le intolleranze alimentari specifiche, le crisi d'asma ribelli, le dermatosi recidivanti possono essere notevolmente migliorate mediante l'iniezione sottocutanea o intradermica di una sostanza estratta da Oriel dalle urine di malati prelevate in piena crisi d'allergia. Tale sostanza non è chimicamente definita ed allo stato attuale può essere caratterizzata solo dalle sue proprietà biologiche.

Oriel ha dimostrato che la sua « proteosi » è dotata di un potere antigenico specifico presente solo al momento dei parossismi allergici.

La sostanza P risponde in effetti alla definizione dell'antigene, ossia agisce sull'organismo per modificarne la reazione di fronte a sè stessa, creando così uno stato di allergia. In effetti in soggetti normali l'intradermoreazione con questa sostanza è negativa, mentre è positiva quasi sempre in soggetti sensibilizzati.

Si tratta di un antigene specifico perchè i risultati si ottengono in un dato individuo solo con la sua proteosi e non con quella di un individuo normale o con un'allergia differente. Si tratterebbe di una specificità di gruppo morboso nel senso che la proteosi di un asmatico provocherebbe reazioni in un altro asmatico e non in un affetto da orticaria.

Il potere antigenico della sostanza P non esiste che durante la crisi allergica, perciò se le urine non sono raccolte nel momento opportuno la proteosi non avrebbe alcun effetto biologico e terapeutico.

Oriel, fondandosi su i lavori di Manwaring, interpreta così i fatti: quando un antigene arriva in contatto d'un organismo sensibilizzato provoca nel fegato la formazione di un corpo nuovo che reagendo a sua volta su i tessuti realizza le modificazioni fisico-chimiche che si esplicano clinicamente con i sintomi allergici. Si avrebbe insomma il seguente schema: antigene primario + fegato sensibilizzato = antigene secondario; antigene secondario + tessuto sensibilizzato = manifestazioni allergiche. La proteosi di Oriel sarebbe questo antigene secondario eliminato con le urine.

Le conseguenze derivanti dalle proprietà biologiche della sostanza di Oriel sono di due ordini: la sostanza P serve a stabilire la natura anafilattica di uno stato patologico e può essere utilizzata come agente di desensibilizzazione specifica.

In effetti le reazioni cutanee o generali provocate dalla sostanza P possono rivelare se una tale affezione è di origine anafilattica: esse non si producono negli individui normali o con una sostanza proveniente da un individuo normale.

La sostanza di Oriel ha effetti terapeutici esclusivamente sintomatici nel senso che essa migliora o guarisce i disturbi allergici degli individui, dalle cui urine è prelevata, ma non modifica affatto il terreno organico. Ciò spiega i suoi effetti immediati, transitorî e la possibilità di recidive. D'altra parte essa non ha alcuna influenza nei casi nei quali i disordini funzionali sono legati ad alterazioni anatomiche (asma con sclerosi ed enfisema polmonare, insufficienza epatica con colelitiasi o colecistite, prurigo con eczema inveterato, ecc.).

Lunga è la lista delle affezioni nelle quali la cura con la sostanza di Oriel è stata tentata con più o meno successo.

Nell'asma allergico Barber e Oriel hanno ottenuto, nei casi trattati, il 25 % di guarigioni, il 20 % di miglioramenti notevoli, il 23 % di miglioramenti non marcati, il 4 % d'insuccessi.

In 12 casi di febbre da fieno Darley e Whitehead hanno ottenuto 6 guarigioni e 6 miglioramenti notevoli.

Savy e Thiers hanno dimostrato che la sostanza P costituisce un'arma efficace per la desensibilizzazione medicamentosa consentendo di verificare la natura allergica dei disturbi e contemporaneamente di curarli.

Nei pruriti essenziali, anche i più inveterati, sono stati ottenuti considerevoli vantaggi. Gli eczemi migliorano sopra tutto quando sono accompagnati da sintomi d'insufficienza epatica, da emicrania, da orticaria e da fatti d'intolleranza alimentare. In tre casi di eritemi polimorfi si è avuta sempre la guarigione.

Nell'emicrania gli AA. hanno ottenuto o la guarigione completa o la trasformazione delle crisi violente e intollerabili in cefalee attenuate o sopportabili, almeno per qualche mese.

Nelle sindromi d'insufficienza epatica ribelle di natura funzionale con disturbi digestivi, nausee, vertigini, cefalea, astenia, manifestazioni cutanee, dolori all'ipocondrio e disturbi d'intolleranza alimentare, i vantaggi sono molto netti.

L'introduzione della sostanza nel derma e anche più sotto la pelle provoca reazioni locali e generali che di solito, non sempre, sono proporzionali agli effetti terapeutici.

Le reazioni generali e viscerali sono variabili. La sostanza P in dosi troppo abbondanti, o spesso ripetute o introdotte per via endovenosa provocano uno shock molto grave. Di solito dopo 15-30 minuti si hanno lievi stati di malessere con vertigini, senza però cefalea e nausea.

Le metastasi morbose sono più rare: rantoli pulmonari, bolle cutanee, dolori articolari. Infine possono osservarsi reazioni focali variabili secondo l'aspetto clinico dell'allergia: esagerazione dell'eruzione, dell'asma, dell'emicrania, dei dolori epatici.

Le cause predisponenti a queste reazioni generali sono lo stato morboso anteriore (le reazioni sono più vive quanto più insignificanti le cause che scatenano le crisi allergiche), la via d'introduzione (non utilizzare mai la via endovenosa o intramuscolare), la posologia (da notare che i milligrammi possono costituire dosi elevate).

Le reazioni in genere si attenuano progressivamente con la ripetizione delle dosi, ma talvolta persistono in modo da impedire il proseguimento della cura.

L'antigene è estratto secondo la tecnica di Thiers (v. Thiers, « Technique modifiée d'extraction de la protéose d'Oriel », *Réunion Dermatologique de Lyon*, 29 giugno 1933) dalle urine sterilizzate emesse nel corso della crisi o in quelle emesse nelle 24 ore se non si hanno crisi acute. A secondo delle affezioni si preparano diluizioni diverse: 1 per cento nell'emicrania o nelle allergie da insufficienza epatica, 1 per mille nell'orticaria, nell'edema di Quincke, nell'asma, nell'eritrodermia, ed eventualmente anche 1 per un milione.

Si comincia con una serie di inoculazioni intradermiche di 1/20 di cmc. a giorni alterni, e si aumenta 1/20 per volta fino ad arrivare a 3/20. Quindi si passa alla via sottocutanea cominciando con 1/10 di cmc. aumentando di 1/20 per volta fino ad arrivare ad 1 cmc. Le iniezioni si praticheranno solo dopo che siano del tutto scomparse le reazioni provocate da quella precedente. Nel caso di reazioni troppo intense si diminuisce la dose. La cura sarà proseguita per molto tempo dopo la guarigione apparente dei fatti allergici.

Gli AA. hanno applicato la cura in 47 casi di allergia (eczemi, morbo di Duhring, prurigo, dermatite medicamentosa, eritema polimorfo, asma, febbre da fieno, emicrania, insufficienza epatica). Hanno ottenuto la guarigione nel 42.5 % dei casi, un miglioramento notevole nel 36.1 %, e insuccesso completo nel 21.2 %. DA.

MEDICINA SPORTIVA.

Lo sport sciatorio e la salute.

(E. BAADER. *Mediz. Welt.*, 1 dic. 1934)

Negli anni del dopo-guerra lo sport sciatorio si è largamente diffuso in tutti i paesi (si calcolano per la sola Germania circa 500.000 sciatori) e se ne comprende la ragione, in quanto che esso offre una fonte di gioia e di soddisfazione al giovane come all'individuo maturo, all'appassionato dello sport, come all'amante della natura.

Molte e svariate sono le influenze benefiche che tale sport può esercitare sull'organismo, favorendo lo sviluppo del corpo, della muscolatura, con l'azione vantaggiosa sul circolo, sui polmoni, sull'apparato articolare, per le influenze climatiche e moltissimo, anche per la sua azione sulla psiche. Le influenze dannose si limitano alle possibili lesioni che esso può determinare. Secondo Hoferer, la frequenza con cui tali lesioni si verificano sarebbe di una su 125; probabilmente tale statistica è troppo ottimistica e la percentuale è maggiore, specialmente se si calcolano anche i piccoli infortuni.

La proporzione dei vari tipi di lesioni è stata la seguente nelle cliniche chirurgiche di Vienna e di Innsbruck (le cifre di questa sono messe fra parentesi) durante l'inverno 1931

e 1932. Fratture 26,5 % (40); commozione cerebrale 1 (2); lussazioni 3 (3); distorsioni 58 (42,5); contusioni 9.5 (3,5); ferite 6 (8); altre 1 (1).

Le lesioni sono generalmente di media gravità; rarissimi i casi di morte.

Il determinismo delle lesioni è vario; tipica lesione da sci è quella dovuta ad un ostacolo contro cui urta lo sci stesso; se con la punta, si ha una frattura del femore, se con la parte mediana, la rottura della gamba o del malleolo.

Le fratture del cranio e le commozioni cerebrali si producono specialmente per caduta su terreno duro (ghiaccio o roccia); quelle della colonna vertebrale (per lo più la XII dorsale o la I lombare) sono generalmente fratture da compressione. Con le racchette si possono produrre gravi lesioni oculari o ferite perforanti fino nella cavità cranica.

La maggior percentuale di sciatori che riportano lesioni è data dai principianti e da quelli molto provetti, di cui il 56 % circa ha riportato infortuni di una certa entità. Una buona profilassi di queste lesioni si fa con l'allestimento di adatti campi sciatorii e di convenienti posti per il salto.

Nei principianti, gli infortuni si producono per ignoranza del pericolo, sopravalutazione della propria abilità, mancanza di un buon equipaggiamento. Con degli sci cattivi e non bene collegati con la scarpa, si possono avere delle cadute dovute a deficiente aderenza del piede con lo sci. Il principiante ignora come deve comportarsi con la corsa che si fa più veloce, tiene male la racchetta e corre quindi il pericolo di cadere su di essa. Inoltre egli non sa apprezzare a dovere la qualità della neve ed il suo spessore e, volendo far troppo, si stanca e per tal modo, i suoi movimenti diventano incoordinati. È quindi bene che egli si addestri sotto una buona scuola.

Fra gli effetti benefici dello sport sciatorio, sono da citarsi i seguenti.

Apparato muscolare. Tutta la muscolatura del corpo viene chiamata in azione, sia per il lavoro dinamico che per quello statico. La partenza esige uno sforzo notevole, che si deve compiere con la gamba in forte flessione sul piede e con la forte tensione di tutti i muscoli della coscia, dell'anca e del tronco. È appunto la contrattura statica dei muscoli che ne sviluppa il tono e la solidità, per cui alcuni sportivi ritengono che lo sciare sia controindicato per chi si voglia darsi agli sport che richieggono duttilità dei muscoli e rapide contrazioni muscolari.

Per il maneggio della racchetta lavora anche la muscolatura della spalla, del braccio (specialmente il tricipite) e dell'avambraccio. I dolori alla schiena dopo le prime sciate od una lunga sciata indicano il lavoro che compiono tali muscoli.

Come esercizi preparatori, l'A. ritiene importanti soltanto quelli dei muscoli dei polpacci, che fanno fortemente piegare il piede sulla gamba. Non si ottengono, invece, buoni effetti con gli esercizi di estensione e rilasciamento che non offrono sufficiente protezione per l'articolazione. Chi ha muscoli, articolazioni ed apparato legamentoso deboli deve contare di riportare degli infortuni. Questo sport va interdetto agli individui con muscolatura fiacca e poco sviluppata.

Il salto esige parecchie speciali caratteristiche: rapidità di reazione, velocità, coraggio, senso di equilibrio e costituisce un buon esercizio di coraggio e di fiducia in sè stesso. Non si deve però dimenticare che le moderne corse di sci esigono altrettanto e, forse, più coraggio e maggiore rapidità di reazione che lo stesso salto.

Circolo e respiro. Le esigenze dell'organismo sotto tale riguardo dipendono essenzialmente dall'essere, lo sciatore, un principiante o non e dal modo con cui egli coltiva tale sport, se cioè solo per diporto o per delle gare. Il principiante sta sempre sul guard'a voi per mantenere il proprio equilibrio, fa spesso dei capitomboli, spreca molta forza inutilmente per rialzarsi ed, alla partenza, si mette in una posizione sfavorevole per la respirazione. Con la muscolatura tesa, si trova in uno stato d'angoscia, tale da aggiungere un affaticamento al proprio cuore; condizioni tanto peggiori per la notevole altezza a cui si trova lo sciatore. Si raccomanda quindi ad esso, sul principio, di andare molto adagio e le cautele saranno tanto maggiori quanto più egli è debole. Man mano che egli si addestra, con il progresso della tecnica, lo sforzo diventa minore fino a che lo sciatore si trova nelle consuete condizioni di salita della montagna.

Nelle corse e nelle gare, lo sforzo può diventare eccessivo, specialmente in quelle consuete da 18 e da 50 km. Non è ancora deciso, però, se il cuore dello sciatore si ipertrofizzi o non. Ad ogni modo, le corse di sci hanno il vantaggio di compiersi in un'atmosfera pura, senza polvere ed in condizioni di facile regolarizzazione del calore.

Grande importanza ha la tecnica, che quanto più sciolta e leggera, tanto meno affaticherà lo sciatore. Il respiro deve corrispondere alle fasi del movimento, nel senso che si deve compiere l'inspirazione quando si porta avanti la racchetta e l'espirazione quando la si porta all'indietro. La respirazione si compie quindi in un modo completamente fisiologico, senza richiedere sforzo antifisiologico nè al cuore nè ai vasi. Lo sciare, quindi, influisce favorevolmente sul cuore e sul respiro, quando si badi ad una buona tecnica.

Influenze sfavorevoli si possono avere quando tale sport è coltivato da individui malaticci, deboli, oppure in giovani che non hanno ancora compiuto il loro sviluppo. In Norvegia, la nazione più sperimentata in questo sport, non si permette di sciare prima del 19° anno;

tenuto conto della maggiore lentezza di sviluppo in quei paesi, nei nostri si può concedere anche ad età inferiore, purchè si astengano dalle gare.

Grande importanza si dà giustamente al mantenere la respirazione nasale. Tenuto però conto che la stenosi nasale è molto frequente, il volere ad ogni costo mantenere la respirazione per il naso porterebbe ad una respirazione stenotica, con tutte le sue conseguenze. È poi importante al principio della partenza il fare qualche respiro profondo, in modo da evitare l'eccessiva dispnea all'arrivo.

Ma quello che distingue lo sciare da altre attività sportive sono le condizioni climatiche in cui si svolge. Aria pura, secca, fredda, maggiore diluizione dell'ossigeno e notevole irraggiamento. Grandi differenze si hanno per quest'ultimo se tale sport si compie nelle brevi giornate natalizie o sulla fine dell'inverno, con più lungo soleggiamento. La seconda metà di febbraio e la prima di marzo sono, quindi, (in Germania) le epoche preferibili, tanto più che, in tale epoca, si ha anche una maggiore altezza di neve.

Ottimo effetto ha anzitutto il cambiamento di clima il quale, specialmente se si va a notevoli altezze, agisce anche da prova di carico. Ma i buoni effetti si hanno anche ad altezze medie; migliora la reattività cutanea, per i forti cambiamenti di temperatura a cui è esposto lo sciatore e sono favorevolmente influenzati anche il circolo, il respiro, la formazione di calore ed il ricambio. La purezza dell'aria ed il fatto di essere priva di sostanze irritanti agisce in senso assai favorevole sugli asmatici e negli individui che soffrono di stati irritativi bronchiali. Si comprende che, in questi casi, il permesso o meno di sciare dipenderà dallo stato generale.

La grande diluizione di ossigeno del clima di altezza porta ad un aumento di emoglobina e delle emazie, che si ha già ad altezze di un migliaio di metri. Nota è l'influenza dei raggi ultravioletti, specialmente nella seconda metà dell'inverno; quelli infrarossi agiscono sulla sanguificazione della pelle e favoriscono l'azione degli ultravioletti. Si deve però stare attenti a non fare, in questa occasione, dei bagni di sole, come è purtroppo la moda, perchè si possono avere per conseguenza delle gravi ustioni. Un'esagerata e continuata esposizione ai raggi ultravioletti, specialmente per azione sulla colesterina cutanea, avrebbe lo svantaggio di favorire le malattie vasali, particolarmente l'arteriosclerosi.

Il clima di altezza ha anche il vantaggio di agire favorevolmente sul ricambio e sul sistema nervoso vegetativo.

Notevoli sono, dunque, i vantaggi di questo sport, vantaggi che si hanno con un soggiorno un po' prolungato; 2-3 settimane di sport sciatorio hanno l'effetto di un periodo doppio di clima di montagna durante l'estate. Anche gli uomini anziani possono darsi bene a questo sport, purchè non siano troppo corpulenti e siano un po' abituati agli sport. L'A. cita il caso di un uomo che ha incominciato a sciare a 55 anni e se ne è trovato assai bene.

Lo sciare deve essere scelto come terapia particolarmente nei neurastenici, nei neurotici, nei depressi psichici. Nelle altre malattie, si deve badare anzitutto se si tratta di individui abituati o non, specialmente negli ipertonici. Grande cautela si avrà nei casi guariti di tubercolosi polmonare, specialmente se recenti.

Nonostante la possibilità di lesioni, lo sciare costituisce quindi uno sport sano ed altamente consigliabile, particolarmente adatto a migliorare la salute del popolo. Da questo punto di vista, è desiderabile che si diano tutte le facilitazioni per poter compierlo in buone condizioni. *fil.*

Le lesioni da sci.

(H. ANGERER. *Wiener Klin. Wochens.*, 14 dicembre 1934).

La grande diffusione dello sport sciatorio ha aumentato il numero delle lesioni da esso derivanti. La maggior parte degli infortuni si verifica per cadute sopra la neve senza forti attriti; sono, quindi, rare le gravi lesioni, specialmente le fratture complicate e, se anche un frammento osseo fa capolino attraverso la cute, il processo di guarigione segue il corso normale, mancando l'insudiciamento con la terra. Diversamente vanno le cose quando la neve è scarsa, il terreno gelato, specialmente sul principio dell'inverno, oppure quando lo sciatore batte contro oggetti duri, come tronchi d'albero o sporgenze rocciose. Si producono così le comuni ferite alla parte anteriore del ginocchio per caduta su roccie scoperte o poco rivestite di neve; anche i frequenti ematomi della regione glutea e della parte esterna della coscia riconoscono la stessa causa.

Nella corsa in vicinanza di rupi e siepi, secondo la velocità dello sciatore e la violenza dell'urto, si possono avere anche lesioni molto gravi. Così si sono prodotte lesioni mortali per lacerazione del fegato, per fratture del cranio in seguito a caduta su un mucchio di sassi; in una corsa di campionato nel 1932, uno sciatore perdette il controllo del suo slancio ed andò a finire contro un albero, riportando una ferita polmonare, una frattura esposta della mandibola ed una commozione cerebrale, ma potè cavarsela. Un altro, durante un'ascensione sulla neve venne urtato da uno sciatore sbadato, riportando la frattura della gamba. Molto temute sono le cadute sulle racchette, che hanno portato a gravi lesioni della faccia ed anche a cecità. Oggi tali lesioni sono più rare, perchè le racchette sono munite di un pomo di legno o di cuoio.

La massima parte delle tipiche lesioni da

sci riguarda gli arti. Fratture ossee delle più svariate forme, fratture della tibia per torsione, distorsione della caviglia e del ginocchio, specialmente del legamento laterale. Quest'ultima viene spesso scambiata per una lesione del menisco ed è spesso accompagnata da una lesione interna dell'articolazione, che si manifesta con forte versamento di sangue nell'articolazione stessa. Rare sono, nello sport sciatorio, le lesioni dei legamenti crociati; non frequenti le fratture del femore e le lesioni dell'anca.

Tipiche sono, per gli arti superiori, le distorsioni nell'articolazione del pollice, spesso accompagnate da frattura del primo metacarpo, la così detta frattura di Bennet. Fratture spirali dei metacarpi e lesioni del polso si producono spesso, specialmente quando lo sciatore tenta di impedire la caduta appoggiandosi fortemente sulla racchetta. Sono inoltre da menzionare le lussazioni della spalla che si producono per caduta, sia sulla spalla stessa, sia sul gomito. In un caso osservato dall'A., tale lussazione si produsse a causa della racchetta impigliatasi in un tronco d'albero durante la corsa, provocando la fuoriuscita della testa omerale dalla cavità articolare.

Non frequenti sono le lesioni della colonna vertebrale e del bacino; una tragica lesione della colonna vertebrale si ebbe in un individuo che per la prima volta calzava gli sci e riportò una frattura da schiacciamento alle vertebre lombari con lesioni del midollo.

L'A. riporta una statistica di 255 osservazioni, di cui 160 agli arti inferiori, 73 ai superiori, 7 al torace e 15 alle parti molli.

Fra le lesioni degli arti inferiori si hanno 76 *contusioni e distorsioni*, di cui: 4 al bacino e sacro, 1 all'anca, 43 al ginocchio e 28 alla caviglia. Le 84 *fratture* sono suddivise: 3 al bacino, 2 al femore (1 complicata), 20 alla tibia, 20 alla gamba (1 complicata) 35 al malleolo.

Lesioni degli arti superiori. *Lussazioni e contusioni*. 53 spalla, 20 contusioni e 12 lussazioni; polso e mano 9; distorsioni del pollice 9; distorsioni del gomito 2; lussazioni del gomito 1. *Fratture*: scapola 5; omero 6; radio 3; metacarpi 6.

Sono inoltre da menzionarsi 4 contusioni al torace e 3 fratture di costole.

L'A. esamina poi le condizioni in cui si produce l'infortunio sciatorio, che si ha il più spesso nei campi molto frequentati, con terreno duro e gelato e nelle grandi velocità, quando si cerca di sorpassare un competitore, il che per uno sciatore non molto provetto costituisce un momento di grande pericolo. Lo stato di stanchezza contribuisce notevolmente al determinismo della lesione.

In alta montagna, lontano dalle strade battute gli infortuni sciatorii sono relativamente scarsi, mentre i pericoli stanno nella possibilità di valanghe o della tormenta.

In alcune giornate, gli infortuni sciatori si accumulano, come è accaduto ad Innsbruck lo scorso anno, con 30 fratture nel solo giorno del 26 dicembre; nelle due feste, gli sciatori si erano dati ad esercizi sbrigliati, mentre poi non era da escludere l'azione dell'alcool.

L'andamento degli infortuni sciatori segue un certo andamento, salendo rapidamente dal principio dell'inverno, mantenendosi ad una certa altezza sino alla metà di febbraio e poi abbassandosi gradatamente. Talvolta, però, si osserva un improvviso accumulo verso la seconda metà di marzo. Sul principio dell'inverno viene la smania dello sciare, la neve è scarsa e lo sciatore poco sperimentato, sicchè l'infortunio è più facile. Verso la fine di febbraio, le condizioni della neve si fanno cattive, sicchè il numero degli sciatori diminuisce. Il forte aumento verso la fine di marzo si spiega col fatto che in tale epoca, gli sciatori accorrono verso i più elevati campi sciatori, mentre la neve è allora « marcia » e lo sciatore si può sprofondare improvvisamente, il che è particolarmente pericoloso per i malleoli e per i metacarpi.

Il principiante che apprende l'arte seguendo un corso di sci non è molto esposto al pericolo; Knoll riporta soltanto 6 casi di infortuni in 6000 ore di insegnamento, per i principianti. Vanno più soggetti a lesioni quelli che imparano l'arte da qualche camerata o da sè. Specialmente pericolosa è la tensione dei muscoli, che provoca più facilmente cadute. Lo sciatore sperimentato, invece, procede sempre con i muscoli rilasciati.

La frequenza delle lesioni gravi subisce molte variazioni; talvolta non se ne verifica nessuna fra molte centinaia di sciatori; altre volte, invece, se ne hanno molte: così Nieden, su 2000 sciatori dell'Università di Friburgo, osservò 12 fratture e 120 lesioni articolari lievi. Nella località dove si trova l'A., tale proporzione di fratture sembra molto bassa.

Per quanto riguarda le gare, le probabilità d'infortunio sono più scarse nelle corse di fondo e nello *slalom*, mentre sono più frequenti nei salti e nelle corse sui campi. Anche per i salti, le lesioni, pure essendo abbastanza frequenti sono raramente gravi; vi prevalgono le lesioni agli arti inferiori, specialmente fratture e lesioni del ginocchio e del malleolo. L'A. cita l'infortunio riportato al campione mondiale Bierger Ruud che, in caduta per un salto di 65 metri, riportò una lesione del menisco interno; questo venne asportato dall'A. stesso; lo sciatore peggiorò le sue condizioni continuando lo sport nello stesso inverno, sicchè fu necessaria in seguito l'asportazione dei legamenti crociati.

Risulta, in complesso, che il numero degli infortuni sciatori è in rapporto con il numero degli individui che si danno a tale sport.

fil.

DIVAGAZIONI

La sifilide dei grandi uomini.

La sifilide è un triste appannaggio dell'êra moderna. I popoli delle antiche civiltà e del medio evo non conobbero questo flagello e non desta quindi meraviglia se non si ha notizia che nessuno dei molti grandi uomini della Grecia e di Roma ne fossero colpiti. Ma nei secoli successivi alla scoperta dell'America, avvenimento al quale seguì la diffusione della sifilide nel mondo antico, i grandi artisti e scienziati non sfuggirono al fato comune. Si sa che furono sicuramente sifilitici, anche per loro confessione, Benvenuto Cellini, Firenzuolo, Erasmo da Rotterdam, Hutten, Celius e più tardi Mirabeau, Donizetti, Lassale, Eugenio Sue, Heine, Guy de Maupassant, Nietzsche, Smetana, Baudelaire, Lenin e Wilson.

A. Braun, che ha recentemente scritto un piccolo volume sull'influenza esercitata dalle malattie sul destino dei grandi uomini, nota giustamente come la sifilide essendo un'infezione cronica che colpisce tutt'intero l'organismo, deve avere un notevole influsso sullo psichismo e quindi sulle manifestazioni del pensiero. Sta di fatto che la sifilide può produrre ogni sorta di alterazione dell'attività spirituale, dai piccoli disturbi che sono ai margini degli stati fisiologici alla completa devastazione mentale, come si verifica nella paralisi progressiva.

Lo stesso A. rileva che negli artisti nei quali la sifilide evolve verso la paralisi generale compare una strana iperattività produttiva forse in rapporto ad alterazioni vasali ed alla conseguente iperemia cerebrale.

Donizetti, due anni prima che gli si manifestasse la demenza, condusse a termine cinque opere in un solo anno. In questo periodo produceva ancora più facilmente e velocemente di quel che faceva di solito: compose il « Don Pasquale » in otto giorni. Ed è sorprendente che proprio allora si dimostra non solo più inspirato nella vena lirica, ma anche più maturo e più robusto nell'orchestrazione. E tutto ciò malgrado soffrisse di cefalee a tipo emicranico e di stati depressivi che gli impedivano di lavorare. In quel periodo ebbe anche un accesso apoplettiforme.

Nietzsche nel 1888, anno nel quale soffrì il primo accesso paralitiforme, scrisse tanti libri che un uomo normale non sarebbe riuscito a copiare nello stesso lasso di tempo. Alla fine dell'anno scriveva: « Frattanto tutto procede meravigliosamente: io non ho mai vissuto un tempo simile a quello trascorso dal principio di settembre ad oggi: il lavoro più astruso mi sembra leggero come un giuoco... ».

La fuga delle idee, il delirio di grandezza, l'euforia che sono proprie della malattia in pieno sviluppo, nella fase predemenziale si estrinsecherebbero con un'esagerazione del senso della propria personalità, con una maggiore vivacità della fantasia conferendo al pensiero un volo più ampio, un colorito più vivo.

Gli scritti di Nietzsche fino alla « Gaia scienza » rivelano certo un forte talento, ma non quella particolare profondità e potenza di pensiero che informano gli scritti successivi. Le opere che hanno una vera impronta di genialità sono quelle scritte durante i sei anni precedenti al manifestarsi della paralisi progressiva.

Con il manifestarsi della demenza, all'età di 44 anni, cessò di produrre e nello sfacelo della sua mentalità rimase inattivo per oltre 12 anni fino alla morte che avvenne nel 1900.

Guy de Maupassant fu un altro uomo eminente vittima della demenza paralitica. Era un uomo fisicamente robusto, mostrò una intelligenza eccezionale fin da ragazzo, ma era costituzionalmente neuropatico: aveva un temperamento malinconico e soffriva spesso vere crisi di angoscia.

Contrasse la sifilide a 27 o 28 anni. I fenomeni della metalue cerebrale (alterazioni della pupilla, anomalie psichiche) comparvero rapidamente. Tuttavia in questo periodo egli scrisse la novella: « Boule de Suif » che costituisce il suo capolavoro; e continuò per dieci anni ancora a produrre sempre con maggior lena, durante i quali scrisse 10 romanzi, 215 novelle e due opere teatrali. Nella fase più acuta della malattia scrisse: « Fort comme la mort », « Notre coeur », «L'inutile beauté », « La via errante », L'âme etrangère », « L'Angelus », opere d'arte di pregio eccezionale e che da sole avrebbero assicurata la fama dello scrittore.

Malgrado i progressi incessanti della malattia in nessun lavoro si nota un'alterazione dello stile proprio dell'autore, una qualsiasi deficienza o oscurità. Colpisce, anzi, la concisione, la semplicità, la chiarezza dell'espressione, la precisione dei giudizî. Gli ultimi lavori, forse anche più dei primi, rivelano la squisita sensibilità dello scrittore, la sua sottile capacità di analisi psicologica.

Guy de Maupassant aveva appena 43 anni quando morì. Tenuto conto che egli contrasse la sifilide a 27 o 28 anni e che i primi segni della paralisi furono constatati in lui da un medico parigino, il dottor E. Landolt, due o tre anni dopo il contagio, si deve ammettere che egli produsse più intensamente e meglio durante l'evoluzione della malattia.

Verso gli ultimi anni per calmare i suoi dolori fisici e la sua irrequietezza spirituale egli si abbandonò agli stupefacenti (cocaina, etere, oppio e morfina) che aggravarono la situazione.

Dopo un tentativo di suicidio nella notte di Capodanno del 1892 le sue facoltà mentali decaddero precipitosamente e si rese necessario l'internamento in una casa di salute dove rimase fino alla morte (1893).

Il caso di Guy de Maupassant dimostrerebbe più chiaramente dei precedenti che la paralisi progressiva nella sua fase iniziale produce un esaltamento di tutte le attività spirituali particolari degli individui che ne sono colpiti.

Tale fatto sarebbe confermato anche dal caso di Smetana, un musicista ceko, che compose le sue migliori opere musicali durante il periodo d'invasione della paralisi generale.

Della stessa malattia morirono nel 1924 due uomini che ebbero una grande importanza negli avvenimenti legati alla guerra mondiale: Lenin e Wilson.

A conti fatti si può ritenere che Lenin sostenne la grande lotta della rivoluzione e sviluppò l'immane lavoro della ricostruzione della Russia su nuove basi politiche ed economiche proprio nel periodo iniziale della paralisi progressiva e forse anche durante la sua evoluzione.

L'opera di Wilson è ancora molto discussa, sopra tutto nei riguardi del suo concorso ai trattati di pace. L'opera che egli svolse a Versailles rivelerebbe più un decadimento che un eccitamento delle sue facoltà intellettuali. Il suo caso quindi non è dimostrativo.

Il fatto che la paralisi progressiva ha colpito uomini eccezionalmente eminenti in varie attività intellettuali ha fatto ritenere che i cervelli più evoluti o sottoposti ad intenso lavoro fossero più sensibili al virus sifilitico, ed in particolar modo a quello che si estrinseca clinicamente con la metalue nervosa.

Ai casi sopra accennati e che sono i più famosi, altri casi si potrebbero aggiungere di paralisi progressiva verificatisi in uomini insigni nelle arti, nelle scienze e nella politica. Al riguardo è da ricordare da noi l'autore del monumento a Vittorio Emanuele II, l'architetto Sacconi, al quale la demenza impedì di vedere realizzata la sua opera, che solo ora sapientemente isolata appare nella sua magnifica grandiosità.

In relazione anche alla circostanza che la paralisi progressiva è rarissima nei popoli non ancora civilizzati, nei quali la sifilide ha ancora importanti manifestazioni secondarie e terziarie, mentre si diffonde sempre più nei popoli di alta civiltà ha aggiunto un altro argomento a favore della tesi che la metalue nervosa sia un portato dell'aumentata cerebralità.

Sta di fatto però che la demenza paralitica colpisce senza preferenza tanto gli individui che per ragione delle loro occupazioni sottopongono ad un eccessivo lavoro il sistema nervoso, come quelli addetti ai soli lavori manuali o che addirittura vivono in ozio ed emotivamente una vita tranquilla.

La popolazione dei manicomi è densa di dementi paralitici appartenenti a tutte le classi sociali.

Non è men vero il fatto reciproco che molti uomini insigni in tutte le attività del pensiero, strenui lottatori furono certamente sifilitici e non soffrirono la paralisi progressiva e la tabe: ad es. Benvenuto Cellini, Hutten, Erasmo da Rotterdam, Lassale, Mirabeau, Murger, Baudelaire. il quale ultimo soffrì sifilide cerebrale e non paralisi progressiva, che, come è noto, sono affezioni anatomo-patologicamente e clinicamente ben differenti.

Heine, Eugenio Sue, Hoffmann, morirono di tabe, che malgrado le affinità con la paralisi, se ne distingue per la diversa localizzazione, e non si può dire che il grande poeta, il grande romanziere, ed il grande giurista abbiano affaticato più del cervello il loro midollo spinale.

Pertanto l'evoluzione della sifilide verso le manifestazioni paralitiche e tabetiche deve mettersi in conto di altri fattori. Si è parlato di un virus neurotropo, per la metalue nervosa, e di un virus dermotropo, per la sifilide cutanea e viscerale; si è parlato di modificazioni del virus indotte da cause varie e sopratutto dall'azione oramai secolare dei medicamenti antisifilitici; si è parlato di modificazioni indotte nell'organismo attraverso le varie generazioni dai medicamenti stessi. Si tratta però di ipotesi non solidamente suffragate da fatti.

Ritornando alle idee del Braun, il quale, come si è visto, sostiene che la paralisi progressiva nella sua fase iniziale produce un'esaltazione delle attività cerebrali, e quindi incrementerebbe e perfezionerebbe la produzione dei grandi uomini, non sembra che i fatti esposti per la documentazione di tale asserto siano sufficientemente convincenti.

Non è a meravigliare che Donizetti in un anno produsse cinque opere, se si consideri che egli nella sua non lunga vita ne portò a compimento settanta.

Il periodo nei quali Nietzsche e Guy de Maupassant scrissero le loro migliori opere corrisposero, è vero, a quello preparalitico, ma coincise anche con l'età matura, nella quale in genere la produzione dei pensatori è più perfetta.

Può sorprendere e può increscere che spiriti così alti siano stati disintegrati e annientati dalla demenza, ma finora nulla autorizza a ritenere che la malattia che si manifesta fin dal primo momento con sintomi di decadimento mentale possa iniziarsi con un'esaltazione della cerebralità.

argo.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

G. BILANCIONI. *Accanto a Dioniso*. Un vol. in 8° di pag 189., con molte figure e riproduzioni di musica, rilegato. F.lli Lega ed. Faenza, 1934. L. 20 (*).

Con questo suo nuovo libro, il prof. Bilancioni ci fa ancora spaziare nei campi della divina arte della musica. Il sottile e magico incanto che si effonde dall'andamento melodico del parlare, già dall'A. accennato nel suo studio sui dialetti italiani, viene qui studiato nell'ambito più vasto della lingua in genere, dimostrando l'intimo rapporto che la struttura delle parole e la loro accentuazione hanno con l'espressione e l'efficacia del discorso. La musicalità dei versi, della prosa di una frase viene qui analizzata con fine gusto su numerosi esempi di scrittori nostri, mettendone in rilievo le recondite bellezze.

Messe così le basi della musicalità della parola, l'A. passa ad esporre l'incontro delle parole con la musica nel canto, in cui la parola anima i suoni e precisa il senso della melodia, mentre i suoni trasfigurano e commentano la parola moltiplicandone l'energia e la forza di espressione. E passa, quindi, ad occuparsi del melodramma, l'esempio più tipico dell'unione delle parole con la musica. Dai primi albori di questa forma d'arte, arriva al rigoglioso sviluppo che essa ebbe in Bellini, Rossini, Verdi, Wagner, ecc. e riporta vari esempi che dimostrano come nel grande artista tale aderenza è perfetta. Si diffonde particolarmente sulle opere di Leoncavallo, di cui riporta vari spunti melodici, rivalorizzando questo musicista e dimostrando la spontaneità istintiva della sua musica, perfettamente aderente alle parole. Esamina in seguito l'avvenire del melodramma e le condizioni della sua rinascita.

Fra le varie questioni di cui è ricco il libro, citiamo quella della traduzione da lingue straniere che, spesso difficilissima per le opere degli scrittori, è addirittura impossibile per le parole musicate; basti pensare alle traduzioni dei libretti wagneriani e dei Lieder di Schubert; ricordiamo a tale proposito le acerbe critiche di Gounod alla traduzione italiana del suo Faust.

Il libro del Bilancioni, denso di pensiero, ricco di coltura varia, si legge, si rilegge, si medita e ci trasporta in un'atmosfera elevata e serena. *fil.*

(*) Il volume è in vendita anche presso l'editore Luigi Pozzi in Roma, via Sistina 14.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Die Hormonforschung und ihre Methoden Max Reiss. Vol. in-4°, di pagg. 415. Urban & Schwarzenberg, ed. RM. 15.

Con questo suo libro l'A. porta un notevole contributo alla determinazione dello stato attuale delle nostre conoscenze nel campo dell'endocrinologia: e ciò è tanto più degno di elogio in quanto l'incessante progresso e trasformazione di questo campo della medicina, mentre rende sempre più necessario che di tanto in tanto ci si soffermi a riguardare l'opera compiuta, il progresso raggiunto, fa di altrettanto più difficile e penosa l'opera di colui che deve rintracciare la sua via tra la massa enorme della letteratura di ogni paese.

Il libro è diviso — nella sostanza se non nella forma — in due parti; nella prima sono trattate la fisiologia, la farmacologia e la chimica dei singoli ormoni; nella seconda la metodica ormonica « che comprende la dimostrazione biologica degli ormoni, la determinazione della loro quantità e dell' « unità ormonica », la tecnica per l'estrazione e la purificazione dei singoli ormoni e il materiale da usare ».

Chiude il libro una piccola nota — 2 pagine appena — in cui però è racchiuso, mi pare, il segreto della scarsa efficacia delle cure ormoniche, fondamento primo e apparentemente giustificato dello scetticismo di molti; e il segreto consiste in una serie di fatti. Anzitutto molti preparati ormonici sono ancora « im Kindeschuhen »; in secondo luogo molti medici si servono ancora di vecchi preparati che oggi sono stati dimostrati inefficaci; terzo, l'indicazione precisa all'impiego di questo o quell'ormone, sulla scorta dei dati clinici, è spesso difficile; quarto, si richiede spesso ai preparati quello che non possono dare; e infine il quadro della disfunzione endocrina riesce di solito dalla lesione di più glandole, cosicchè la cura deve essere necessariamente complessa.

Tutto ciò dipende dal fatto che il chimico, di solito, non è al tempo stesso sufficiente conoscitore della fisiologia endocrina, e che — d'altro lato — manca ancora una sistematica ben determinata per l'esame dei malati endocrini; questo sarà il compito del futuro.

V. SERRA.

J. FORESTIER. *Le traitement des rhumatismes chroniques*. J. B. Ballière et fils, édit. Paris, 1934. 12 fcs.

In poco più di 100 pagine l'A., consulente di Aix-les-Bains, schematizza quanto la propria grande esperienza gli ha mostrato sulla cura delle differenti forme di reumatismo cronico. Dopo aver abbozzato una classificazione dei reumatismi cronici, passa in dettagliato esame le cure comuni ai differenti tipi di malattia. Di poi parla della scelta del modo d'applicazione, dei varî metodi terapeutici nei riguardi delle artrosi considerando l'azione e l'indicazione dello zolfo, dello jodo, dell'ortopedia, della chirurgia, del regime. Nel capitolo delle artriti discute dei metodi di arresto dell'evoluzione con l'estirpazione dei focolai infettivi, con la vaccino e protei-

noterapia; parla della chemioterapia ed infine dell'opoterapia insistendo sulla utilità di associare razionalmente questo e quel metodo, questa e quella sostanza, ricordando come all'infuori delle azioni sintomatiche e patogenetiche, dagli altri sistemi di cura i risultati sono da attendersi dopo ripetute applicazioni.

MONTELEONE.

L. LIÈGE. *Transfusion du sang et immuno-transfusion en pratique médicale.* Vol, di 174 pag. e 15 fig. Masson et C.ie édit. Paris, 1934.

Questo volumetto della collezione di « Medicina e chirurgia pratica » lascia da parte ogni nozione scientifico-biologica riguardante la trasfusione, mentre invece cerca di delimitare dal punto di vista pratico il dominio di un metodo terapeutico che va sempre più acquistando terreno. Sono nozioni pratiche dettate da persona che ha al suo attivo infinite trasfusioni.

Successivamente sono illustrate le relative indicazioni nelle malattie del sangue e degli organi ematopoietici, nelle gravi emorr... tubo digestivo, nel tifo, nelle affezioni del rene, nella tbc., nelle febbri eruttive, nelle infezioni acute e croniche, nelle setticemie. Capitoli speciali sono dedicati all'immuno-trasfusione, alla trasfusione nei bambini.

La seconda parte descrive quanto riguarda gli accidenti della trasfusione, ne ricorda la probabile patogenesi, ne indica la profilassi e la terapia.

Libretto scritto in modo chiaro da un esperto e perciò di evidente utilità.

MONTELEONE.

M. T. SCHNIRER. *Medicinal-Index.* 1935. Due vol. in-24° di rispettive pag. 430 e 248, il primo rilegato. F. Deutike, Wien e Leipzig. Prezzo RM 4,60.

Questo buon annuario, che si viene pubblicando da 37 anni costituisce un'ottima guida per il medico pratico ed è perfettamente aggiornato. Consta di due parti. Nella prima, troviamo oltre all'almanacco ed alle pagine per appunti, un elenco diagnostico-terapeutico delle varie malattie e condizioni morbose, per ordine alfabetico (oltre 200 pag.). Seguono la diagnosi e terapia degli avvelenamenti, il pronto soccorso nelle malattie mediche improvvise, un elenco dei medicamenti, ivi comprese le specialità, con indicazioni sull'azione, sulle dosi ed uso e numerose tabelle e dati (dosi massime, peso e statura, malattie infettive, elenchi di bagni, luoghi di cura, ecc.).

Nel secondo volumetto sono elencate in un centinaio di pagine le principali acquisizioni terapeutiche dell'anno scorso (fino al luglio 1934) dedotte dalla letteratura mondiale (anche l'italiana non vi è trascurata). In seguito, vi sono le principali nozioni di terapia ostetrica e di alimentazione dei bambini, le vaccinazioni, la tecnica terapeutica, tabelle del valore nutritivo degli alimenti, cure dietetiche, nozioni di chimica e microscopia, i nuovi termini tecnici.

I due volumetti rappresentano il vero vademecum del medico che, consultandoli, vi troverà utili e pratici consigli.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Medico-[...]giche di Napoli.

Seduta del 24 novembre 1934.

Presidente: Prof. Sen. G. PASCALE.

La lussazione precoce dell'anca nella coxite tubercolare

P. DEL TORTO. — Tra tutte le complicanze della coxite una delle più interessanti per la rarità, per la patogenesi e per la terapia è quella che va sotto il nome di lussazione precoce. Essa è una lussazione che non si accompagna a lesioni ossee capaci di favorire lo spostamento delle superfici articolari. È stata osservata con una frequenza dell'1-2 %, a seconda degli AA.; nella Clinica Ortopedica di Napoli, su 207 coxitici l'O. ha visto i due casi su cui riferisce.

Questa lussazione precoce è molto più frequente nei bambini che negli adulti e pare che colpisca più spesso il sesso femminile; l'O., ravvicinando quest'osservazione alla morbilità maggiore delle donne per la lussazione congenita dell'anca, pensa che nella lussazione precoce da coxite come nella congenita abbia notevole importanza la costituzione anatomica del bacino muliebre.

La diagnosi di lussazione precoce viene basata su tre segni clinici: precocità, spontaneità e subitaneità; ma ad essi occorre aggiungere l'indagine radiografica per dimostrare la assenza di ogni lesione ossea capace di favorire lo spostamento.

Questo è effetto o di una sovradistensione della capsula per abbondante versamento endoarticolare, sieroso o più spesso purisimile, come nel primo caso dimostrato, o del costituirsi di ammassi granulo-fungosi, che respingono la testa dal fondo dell'acetabolo (secondo caso), probabilmente compromettendo anche l'integrità del ligamento rotondo; le atrofie dei muscoli periarticolari facilitano la lussazione sicchè il minimo trauma diviene sufficiente a determinarla.

Riguardo alla terapia, molti AA. sono astensionisti, nella tema di una disseminazione miliare o meningea della tubercolosi e si limitano ad applicare una trazione continua. Ma forse è preferibile considerare questa come tempo preparatorio alla riposizione in narcosi, seguendo il concetto di considerare queste lussazioni precoci da coxiti come se fossero lussazioni congenite o traumatiche e come tali trattarle. E ciò, specialmente in vista della pessima andatura che si produce, a coxite guarita, per la assoluta mancanza di appoggio coxo-femorale. Quando le condizioni generali sono buone, la lussazione recente e la testa femorale mobile è bene tentare la riduzione, come è stato dall'O. praticato nei due casi in istudio con buon esito.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Attacchi di vomito ricorrente nell'infanzia.

K. H. Tallermann (*The Brit. Medic. Journ.*, 27 ottobre 1934) osserva che il vomito ricorrente nell'infanzia (detto, erroneamente secondo l'A., vomito ciclico) ha per base una chetosi. Ma chetosi non è certo sinonimo di acidosi.

L'etiologia del vomito ricorrente non è chiara. Si tratta probabilmente di un disturbo del ricambio e Josephs ha dimostrato che può essere associato ad ipoglicemia. Quindi la chetosi è spiegabile col deficiente assorbimento di idrati di carbonio. Certamente si migliora colla riduzione dei grassi e colla somministrazione di zucchero. Però l'ipoglicemia non c'è sempre.

Un altro problema non risolto definitivamente è se la chetosi prende o segue il vomito; quel che è certo è che negli intervalli fra un attacco e l'altro il bambino è in ottime condizioni di salute.

I disturbi gastrointestinali si hanno spesso nei fenomeni allergici. Da questo punto di vista l'A. ha studiato 40 casi.

Egli vide che non c'è una regolare periodicità nella comparsa degli attacchi, come pure varia è l'età in cui appare per la prima volta la malattia.

L'inizio degli attacchi segue spesso l'uso di grassi in eccesso e molti bambini che soffrono di vomiti ricorrenti hanno ripugnanza per i cibi grassi.

Su 40 bambini, 4 avevano fatti allergici personali (3 urticaria e 1 asma) e 18 fatti allergici familiari.

Le reazioni cutanee ad estratti alimentari non hanno dato grandi risultati: solo un bambino reagiva nettamente all'uovo e 5 reagivano molto debolmente. Però il non reagire della cute non dice che il bambino non possa avere sensibilità allergica gastrointestinale.

Presentarono eosinofilia 7 bambini. In 13 casi si studiò il succo gastrico: 7 volte era assente l'acido cloridrico libero; l'acidità totale era 10 volte sub-normale, 2 volte normale e 1 volta aumentata.

Parecchi bambini avevano lesioni cardiache reumatiche. In qualche caso, durante l'attacco il bambino presentava ipertensione.

La cefalea accompagna sempre il vomito.

La cura consiste nella riduzione dei grassi, nell'abbondanza di idrati di carbonio. Il luminal è utile contro la cefalea. La riduzione dei grassi deve essere seguita anche nei periodi di benessere.

R. LUSENA.

Emicrania mestruale.

V. Marzetti (*La Clinica Ostetrica*, ott. 1934) riferisce un caso tipico di emicrania mestruale.

Si tratta di una donna di a. 41, mestruata a 13 anni, la quale all'età di 18 anni cominciò a soffrire di una leggera emicrania che precedeva ed accompagnava il periodo mestruale. Sposatasi a 29 anni, la emicrania si accentuò dopo la prima gravidanza e durante l'allattamento. Da allora è andata sempre aumentando, cosicchè da circa due anni è intensissima e precede sempre i periodi mestruali che da un anno ricorrono ogni quindici giorni.

Alla cefalea si accompagna vomito, inappetenza, spossatezza.

L'A. ha visitato per la prima volta la paziente nel gennaio 1934: l'esame obiettivo risultò completamente negativo anche dal punto di vista ginecologico.

Per interpretare questo caso clinico egli si è riferito alla teoria riguardante la colica epatica mestruale. enunciata di recente da P. Alessandrini, il quale ammette una genesi allergica con punto di partenza ovarico ed è riuscito a provocare un accesso di colica epatica fuori del periodo mestruale mediante iniezioni di estratti ovarici totali. È riuscito in seguito a desensibilizzare l'organismo usando iniezioni intradermiche di piccole dosi di ovarina, con brillanti successi.

Il nostro A. ha seguito queste vedute nel trattamento del suo caso di emicrania mestruale ed ha praticato iniezioni intradermiche di piccolissime dosi di endoovarina, una per settimana. Egli però non è riuscito a provocare sperimentalmente un tipico attacco emicranico, ma già dopo la 5ª iniezione la p. ha cominciato a migliorare e tale miglioramento è stato sempre più sensibile, cosicchè attualmente essa avverte in rapporto con i mestrui solo un lieve senso di pesantezza al capo.

VICENTINI.

Gravidanza interstiziale scambiata per fibroma sottosieroso.

Nella interessante e sempre ricca di ammaestramenti « Rubrica degli errori », della *Clinica Ostetrica*, P. Venchierutti pubblica (settembre 1934) un'osservazione personale di una donna di 42 anni, che aveva avuto in gioventù due gravidanze normali e non era più rimasta incinta da 15 anni. Negli ultimi tre mesi, aveva veduto le mestruazioni farsi più abbondanti e durature. All'esame, l'utero risultò aumentato di volume, per la presenza di nodi identificati, per la forma e consistenza, di natura fibromatosa.

All'intervento laparotomico, si riscontra invece una gravidanza interstiziale destra. Ovaro-salpingo-isterectomia totale. Guarigione.

L'errore, che non portò nessuna conseguenza, è stato possibile per le accennate condizioni. Si aggiunga che i dolori accusati dall'inferma si presentavano a crisi intermittenti, ma senza il noto corteo sintomatico della classica

sindrome di gravidanza tubarica. E, del resto, dei dolori si hanno anche nei fibromi uterini.

Contribuì molto a far porre la diagnosi di fibroma la presenza della menorragia, che di esso è un sintoma caratteristico, mentre vi è sempre nella gravidanza extrauterina un periodo di amenorrea.

Anche il risultato dell'esplorazione, con il Douglas libero da ogni raccolta ematocelica, era tale da confermare l'errore. *fil.*

Progressi nella cura della malaria con i rimedi sintetici atebrina e plasmochina.

W. Kikuth (*Die Mediz. Welt.*, ott. 1934) tesse, nel suo articolo, la storia dei due ormai notissimi preparati e ne ricorda, con giustificata soddisfazione, i successi.

Dopo aver rapidamente ricordato il ciclo asessuale e sessuale del parassita malarico, ed avere esposto i numerosi svantaggi che menomavano le innegabili virtù del chinino, l'A. giunge alla descrizione dei preparati nati da pazienti ricerche nei laboratori di Wuppertal-Eberfeld.

La Plasmochina è il rimedio elettivo dei gameti, e quindi il più efficace per impedire le recidive; ma è inefficace sugli schizonti, cosicchè si è cercato dapprima di associarlo al chinino (chinoplasmina): ma questo preparato associa i difetti del chinino a quelli della plasmochina (dolori addominali, cianosi).

Invece assai attiva e ben tollerata si è dimostrata l'Atebrina, il preparato acridinico di cui spetta appunto al Kikuth la paternità.

Lo schema di cura che l'A. propone è il seguente:

Per 5-7 giorni: Atebrina gr. 0,3 al giorno (in tre dosi di gr. 0,1, dopo i pasti): in tutto Atebrina gr. 1,5-2,1.

Dopo una pausa di 3-5 giorni, si riprenda la cura con la Plasmochina: gr. 0,03, 3 volte al giorno, per 3-5 giorni: in tutto 0,09-0,15.

V. SERRA.

Il piramidone e l'agranulocitosi.

P. Plum (*Ugeskrift for Leager e Journ. amer. med. assoc.*, 20 ott. 1934) riporta sei nuovi casi di morte per agranulocitosi consecutiva all'uso terapeutico del piramidone. Finora, egli osserva, il piramidone ha provocato l'agranulocitosi soltanto in individui adulti sopra i 20 anni. Consiglia, pertanto di astenersi dal prescrivere il piramidone eccetto alcuni casi, come per es., il cancro inoperabile. *fil.*

Intossicazione cronica da fenacetina.

In un caso riportato da J. E. Holst (*Ugeskrift for Laeger* e *Journ. amer. med. ass.*, 6 ott. 1934) il paziente aveva preso per 30 anni, giornalmente grammi 1,5 e talora anche più, di fenacetina. L'intossicazione cronica si era manifestata con anemia, cachessia, epistassi ed emorragie cutanee al minimo trauma.

I casi di intossicazione cronica da fenacetina sono rari, ma ciò non toglie che sia consigliabile di controllare la vendita delle polverine per il mal di testa, che contengono appunto tale medicamento. *fil.*

TECNICA DI LABORATORIO.

Valore prognostico della velocità di sedimentazione dei globuli rossi e dell'eosinofilia negli anchilostomiasici.

P. Timpano (*Annali d'Igiene*, maggio 1934), che in un suo precedente lavoro aveva esposto i risultati dello studio della v. di s. dei globuli rossi negli anchilostomiasici dal punto di vista della diagnosi, studia ora la v. di s. dal punto di vista della prognosi. Dall'insieme delle sue ricerche risulta che la v. di s. e così anche l'eosinofilia, hanno valore di orientamento, e tanto l'una che l'altra dipendono dalle alterazioni del sangue che, direttamente o indirettamente, possono cagionare gli anchilostomi.

Riguardo all'eosinofilia questa non è tanto in rapporto con l'intensità dell'infestazione quanto con l'intensità dell'azione tossica ed emolitica delle sostanze secrete degli anchilostomi e sembra essere l'espressione della difesa dell'organismo malato. Dopo l'espulsione totale degli anchilostomi essa non scompare subito, ma si riduce lentamente. L'eosinofilia bassa nei casi gravi di anemia da anchilostomi è indice di scarsa reazione organica,

G. LA CAVA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Influenza degli ormoni gravidici sullo sviluppo dei batteri.

Assai scarse sono le ricerche tendenti ad accertare l'influenza degli increti gravidici sullo sviluppo degli organismi inferiori, quali i batteri.

È lecito pensare che il riversarsi in circolo degli ormoni gravidici, per la correlazione che sussiste in tutto il complesso endocrino, debba nella donna gravida portare a modificazioni della sua reazione umorale. E questo equilibrio umorale sarà tanto più modificato quanto più noi consideriamo non la gestante sana, ma quella affetta da una delle malattie della gravidanza: vomito incoercibile, albuminuria, eclampsia, mola vescicolare, ecc., perchè appunto in queste malattie si ha maggior contenuto nel sangue di ormoni gravidici. Vien fatto quindi di pensare che la presenza nell'organismo di un eccesso di ormoni gravidici possa far assumere alla gravida speciali suscettibilità morbose che l'avviano verso l'una o verso l'altra delle malattie della gravidanza.

G. Tata (*Riv. Ital. di Ginecologia*, novembre 1934) ha esperimentato l'azione degli ormoni gravidici su delle culture di paratifo A.

Egli ha riscontrato con l'aggiunta di follicolina (Estrolasi), di estratto diretto di preipofisi (Preipofisari) e di ormone a tipo preipofisario (Prolan) nei terreni di cultura un'influenza attiva sulla velocità di moltiplicazione del paratifo A rispetto ai controlli; l'aggiunta invece negli stessi terreni di ormoni, quali si trovano nel siero e nell'urina di donne gravide, è poco favorevole allo sviluppo del germe stesso.

L'A. ritiene che il diverso comportamento sia da attribuire alla presenza nel siero e nelle urine di donna gravida di sostanze umorali o cellulari che ostacolano per sè stesse la vitalità dei germi.

C. TOSCANO.

POSTA DEGLI ABBONATI

La valutazione pentenaria. — Al dott. A. F. da B.:

La valutazione o scala pentenaria è un sistema di esposizione numerica dei risultati, adottato dal Viola per gli sportivi. Esso serve per la valutazione morfologica e per quella funzionale.

I valori dei singoli caratteri (o delle singole prove) sono espressi in una scala di 5 (donde il nome di pentenaria) che va dal massimo al minimo. Si passa dal massimo (+ 2), a quello inferiore al massimo, ma superiore al medio (+ 1), al medio (0); a quello che sta tra il medio ed il minimo (— 1) ed infine al minimo (— 2). Così, per lo stato di nutrizione, si ha:

Individuo molto magro	— 2;
» » magro	— 1;
» » normale	0;
» » grasso	+ 1;
» » obeso	+ 2.

Analogamente, si procede per la massa somatica, per la statura, per il rilievo del muscolo, ecc., tenendo presente che al 2, sia esso con + o con —, vanno ascritti i valori eccezionali (per la statura rispettivamente quelli molto alti o molto bassi).

La valutazione si fa rapidamente e comodamente in base all'impressione che riceve l'esaminatore abituato alle ricerche morfologiche, classificando in 0, tutti i caratteri che si avvicinano alla media, nel 2 quelli eccezionali e nell'1, quelli che stanno fra la media e l'eccezionale.

Per la valutazione funzionale, la scala pentenaria corrisponde ai punti olimpionici nel modo seguente:

Punti olimpionici	Scala pentenaria
Da 1000 a 801	+ 2 (eccezionale)
» 800 a 601	+ 1 (superiore)
» 600 a 401	0 (medio-normale)
» 400 a 201	— 1 (inferiore)
» 200 a meno	— 2 (insufficiente)

L'approssimazione risulta più che sufficiente ai fini della medicina sportiva, in cui non è necessaria una classifica precisa, quale può ottenersi con i metodi statistici applicati alle misure antropometriche.

A. FILIPPINI.

VARIA

La radiostimolazione endocrina e le sue applicazioni.

(P. LEHMANN. *Presse Médicale*, 29 sett. 1934).

L'uso dei raggi Röntgen nella terapia delle sindromi endocrine ha ormai al suo attivo numerosi ed inequivocabili successi.

L'azione inibente e distruttrice dei raggi è stata però, in endocrinologia di gran lunga più sfruttata che non l'azione stimolante che possiedono le piccole dosi.

Bisogna fare una netta distinzione tra vere e false stimolazioni.

Se si irradia in modo diretto e piuttosto intensamente una ghiandola a secrezione interna, molte cellule vengono ad essere distrutte, e gli ormoni che se ne liberano determinano uno sprazzo d'iperfunzione, a cui seguirà a breve scadenza ed in modo duraturo la fase negativa. Si ha, cioè, una falsa stimolazione.

Ma se si opera con piccole dosi frazionate nel tempo, ed indirettamente, il fenomeno si svolge in maniera diversa.

L'A. ha realizzato sperimentalmente queste ultime condizioni servendosi della teleröntgenterapia e irradiando solamente il tronco e la testa degli animali. Dei ratti, giovanissimi, sottoposti a questo trattamento le femmine vanno in calore precocemente, ma non, però, in maniera costante, i maschi, nel 90 % dei casi, mostrano un priapismo che compare dai 17 ai 45 giorni dopo l'irradiazione, e dura per oltre quattro mesi, senza che abbiano luogo disturbi dello stato generale o fenomeni secondari. La discesa dei testicoli è di otto giorni più precoce che non negli animali-controllo. Se i ratti vengono castrati prima dell'irradiazione il priapismo non si manifesta; il che sta a dimostrare che si tratta di un'azione ormonica e non di una azione nervosa diretta.

Le applicazioni cliniche che hanno fatto seguito a queste esperienze hanno dato all'A. la conferma delle sue vedute.

In casi di insufficienza ovarica d'origine varia e in soggetti di diversa età colla teleröntgenterapia si son viste regredire, talora fino alla scomparsa totale, le relative turbe funzionali, e quasi sempre si è avuta una diminuzione del peso corporeo.

Collo stesso mezzo si possono stimolare molto attivamente anche le difese organiche di individui portatori di tumori maligni tanto progrediti da non essere più giustiziabili nè in via chirurgica nè direttamente colla radioterapia.

I. DI MARCO.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

L'igiene del suolo e dell'abitato nel nuovo Testo Unico delle leggi Sanitarie.

La importante materia dell'igiene del suolo e dell'abitato, prima disciplinata da norme di legge e di regolamenti diversi, è stata, nel nuovo Testo Unico delle leggi Sanitarie 27 luglio 1934 n. 1265, coordinata ed integrata opportunamente, conferendo autorità di legge a precedenti disposizioni di carattere regolamentare, e tenendo conto delle esigenze della tutela sanitaria degli aggregati urbani e rurali, in armonia col loro sviluppo e col progresso della scienza e della tecnica igienica.

Le norme concernenti il deflusso delle acque superficiali e sotterranee, quelle sulla coltivazione delle piante tessili e del riso, anche in riguardo alla profilassi della malaria, sono state riprodotte nel nuovo T. U. (art. 202-215), facendo esplicita menzione, per l'applicazione di queste ultime, alle funzioni di vigilanza di competenza dell'ufficiale sanitario e degli incaricati dell'assistenza sanitaria.

Per le industrie insalubri sono state mantenute le disposizioni in vigore, perfezionando le mansioni di vigilanza dell'Autorità comunale. Ad essa infatti spetta anche di prescrivere norme, e di provvedere d'ufficio in caso di inadempimento, per prevenire od impedire danni o pericoli alla salute pubblica derivanti da vapori, gas od altre esalazioni, scoli di acque, rifiuti solidi o liquidi provenienti da manifatture o fabbriche (art. 216, 217).

In materia di igiene dell'abitato urbano e rurale il nuovo T. U. (art. 218-230) indica tassativamente i requisiti igienici indispensabili, che debbono esser fissati dai regolamenti locali d'igiene, per garantire la salubrità delle abitazioni. Gli stessi regolamenti detteranno le norme igieniche per l'aggregato urbano e rurale, secondo le istruzioni di massima emanate dal Ministero dell'interno; fra tali norme è specificato che devono comprendersi quelle per la razionale raccolta e per lo smaltimento delle immondizie stradali e domestiche.

Un'importante innovazione, che s'inquadra nelle direttive del Governo Fascista per il risanamento dell'ambiente rurale, è portata dall'art. 219, il quale stabilisce che il prefetto, sentiti il Consiglio provinciale di Sanità e quello dell'economia corporativa, determina le modalità secondo le quali debbono essere applicate le istruzioni ministeriali di massima nei riguardi della salubrità degli abitati rurali, tenendo presenti le speciali condizioni topografiche, climatiche e agricole dei singoli comuni della provincia. In ogni caso saranno determinate le condizioni minime di abitabilità delle case rurali e dei dormitori per i lavoratori avventizi, quelle per l'approvvigionamento idrico, per le latrine e per la raccolta e lo smaltimento dei materiali di rifiuto. Questa disposizione agevolerà notevolmente la compilazione dei regolamenti d'igiene comunale, per la parte relativa al suolo ed abitato.

Per il rilascio dei permessi di abitabilità delle case nuove, od in parte rifatte, l'art. 69 del vecchio T. U. prescriveva la visita dell'ufficiale sanitario, o di un ingegnere, che ne accertasse le condizioni di salubrità. Senza disconoscere l'utilità di tale disposizione, non si può negare che talvolta i tecnici si trovavano a rilevare nelle costruzioni errori o difetti, i quali potevano riuscire igienicamente dannosi e che, in pratica, era difficile eliminare a costruzione ultimata. Molto ragionevolmente perciò è stato ora disposto, oltre alla visita per la licenza di abitabilità, un controllo preventivo sui progetti per costruzione di nuove case, urbane o rurali, o per ricostruzione, sopraelevazione o modificazioni, che comunque possano influire sulle condizioni di salubrità, delle case esistenti, facendo obbligo (art. 220) di sottoporli al parere dell'ufficiale sanitario e della Commissione edilizia.

È stato anche confermato l'obbligo dei proprietari di case rurali di mantenerle in buone condizioni di abitabilità, e si è disciplinata con maggior rigore la procedura per l'esecuzione d'ufficio dei lavori occorrenti, in caso di inadempienza. Nuove e precise disposizioni (art. 225) rendono possibile di garantire la salubrità dei locali di abitazione, sia provvisori che permanenti, per il personale impiegato nei grandi lavori che si eseguiscono a carico dello Stato, delle Provincie, dei Comuni o di altri enti pubblici. Apposite norme (art. 324) si riferiscono ai locali, destinati al personale impiegato od ai lavoratori, che sono situati in zone malariche.

Meritano di essere messe in rilievo anche le disposizioni degli art. 226-227 riguardanti l'immissione di liquidi di rifiuto nei laghi e nei corsi d'acqua, particolarmente quando attraversano l'abitato, le quali danno facoltà all'Autorità Sanitaria di stabilire norme per tale immissione e per l'impianto di sistemi di depurazione dei liquidi suddetti.

In tema di approvazione di progetti per opere igieniche e di piani regolatori, il nuovo T. U. (art. 228-230) sancisce una procedura tale che assicura il controllo tecnico-igienico dei progetti stessi per parte del Consiglio provinciale di Sanità o del Consiglio Superiore di Sanità, a seconda della loro importanza.

Per la vigilanza igienica sugli alberghi il T. U. riporta le disposizioni fondamentali del R. decreto 24 maggio 1925 n. 1102, sulle migliorie

igieniche degli alberghi. Parimente vengono riprodotte le norme principali relative alle stalle ed alle concimaie contenute nel R. decreto-legge 1° dicembre 1930 n. 1682, e ciò sempre in considerazione dell'importanza che ha la loro disciplina igienica come elemento di salubrità dell'abitato in genere e sopratutto di quello rurale.

Per quanto concerne l'acqua potabile non vi sono nel T. U. (art. 248-249) sostanziali innovazioni, salvo l'aumento delle ammende per chiunque contamini l'acqua potabile, ed il riferimento alle penalità sancite dal Codice penale quando il fatto renda l'acqua pericolosa alla salute pubblica, il che costituisce reato passibile di gravi sanzioni.

Nel risanamento dei centri abitati anche la lotta contro le mosche rappresenta un fattore di rilevante importanza in quanto il pericoloso insetto contribuisce alla diffusione di talune malattie infettive. Per questa considerazione il T. U. (art. 263) riporta, fra le misure contro la diffusione di dette malattie, le disposizioni della legge 29 marzo 1928 n. 858 che autorizzava il Ministero dell'interno ad emanare norme per la lotta contro le mosche. Tali norme furono infatti emanate col decreto del Capo del Governo 20 maggio 1928, ed hanno servito a dare valido impulso a questo efficace mezzo di tutela della pubblica salute. Analogamente sono state comprese fra le misure dirette a combattere la malaria particolari disposizioni relative al deflusso delle acque, alla formazione di cave di prestito ed alla profilassi antianofelica (art. 325-327), le quali tutte interessano l'igiene del suolo e dell'abitato.

In tema di polizia mortuaria, senza portare radicali cambiamenti, la nuova legge (art. 337, 343) afferma esplicitamente che la sorveglianza sui cimiteri è esercitata a mezzo dell'ufficiale sanitario. Inoltre è stata resa più rigorosa l'osservanza della zona di rispetto dei cimiteri, vietandovi del tutto l'esecuzione di nuove costruzioni e consentendo solo, previa autorizzazione del prefetto, l'ampliamento degli edifici preesistenti, quando non vi si oppongano ragioni igieniche.

***

Questa breve illustrazione del nuovo T. U. delle leggi sanitarie, in materia di igiene del suolo e dell'abitato, ci sembra sufficiente a dimostrare come, parallelamente al vigoroso impulso che il Regime ha dato al risanamento dei centri urbani e rurali, anche la legislazione sanitaria sia stata riveduta e aggiornata, per modo da costituire un moderno ed efficace istrumento nelle mani delle Autorità chiamate ad applicarla a tutela della salute delle popolazioni.

A. FRANCHETTI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AREZZO. *RR. Spedali Riuniti di Santa Maria Sopra i Ponti.* — Concorso, per titoli, a medico primario delle seguenti specialità: otorinolaringoiatria, oculistica, radiologia e dermosifilopatia; lire 3500 annue lorde delle ritenute di legge; percentuali; biennio di esperimento. Scad. ore 18 del 20 marzo. Tassa L. 100,10, al tesoriere dell'Amministrazione. Età limite 45 anni. Rivolgersi agli Uffici dell'Amministrazione, via della Fonte Veneziana. Chiedere avviso.

BARI. *Consorzio Provinc. Antitubercolare Vitt. Em. III.* — Direttore della Sezione Dispensariale di Trani; stip. L. 9000, detratte ritenute e riduzioni; indennità di trasferta (L. 30 e L. 50 al giorno); 4 quinquenni decimo; titoli ed esami. Età limite 40 anni al 25 novembre. Tassa L. 50,10. Scad. ore 12 del 31 marzo. Chiedere annunzio alla segreteria. Sede del Consorzio: via Dante Alighieri 42, Bari.

Aiuto medico del Dispensario Prov. di Bari; L. 18.000 globali, compresa indenn. di servizio attivo, fissa ed invariabile, di L. 4000. È inibito il libero esercizio; è consentita soltanto la privata consulenza nella specialità. Scad. ore 12 del 31 maggio. Altre condizioni come sopra. Chiedere annunzio.

BOLOGNA. *Istituto Carlo Pizzardi* (per malati di petto). — Scad. 31 genn.; aiuto del Gabinetto di Radiologia; L. 5500 oltre L. 1584 indennità speciale e percentuale proventi; tassa L. 25. Non più di 7 anni dall'esame di Stato; titolo di specialità in radiologia e certificato di buona pratica radio-diagnostica e di un tirocinio di radio-terapeutica.

BRESCIA. *Spedali Civili.* — Medico reggente di uno dei tre reparti tubercolotici; L. 6000 al lordo delle ritenute e riduzioni di legge, partecipaz. 75 %; titoli. Scad. 20 marzo, ore 16. Età limite 45 anni al 20 dic. Tassa L. 50. Documenti non anter. al 20 ottobre. Chiedere avviso. Rivolgersi Ufficio di Presidenza, via Moretto 42.

FANO (*Pesaro*). *Congregazione di Carità.* — Concorso per titoli, al posto di medico primario del Civico Ospedale S. Croce. Stipendio L. 7200. Servizio attivo L. 610. Caro-viveri come per gli altri impiegati dell'Ente. Compartecipazioni. Il tutto al lordo delle ritenute di legge. Scadenza 5 febbraio 1935-XIII.

FERRARA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 30 gennaio; medico aiuto del Dispensario del Capoluogo; stipendio L. 10.800 lorde, da ridurre del 6 %; esso è comprensivo del c.-v. e di qualsiasi altra indennità; due soprassoldi quinquennali del decimo; compensi per le trasferte; titoli ed esami; età limite all'1 dicembre anni 40; titolo di abilitazione alla professione di medico chirurgo da almeno 2 anni.

GHILARZA (*Cagliari*). *Congregazione di Carità.* — Concorso posti Direttore ed Assistente Sanitaria Dispensario Antitubercolare. Stipendio annuo lire 3600 e L. 4800, rispettivamente, con trattamento legge. Documenti posto Direttore entro 23 febbraio 1935; posto Assistente entro 23 gennaio 1935. Rivolgersi alla Segreteria.

Reggio Emilia. *Ospedale di S. Maria Nuova.* — È aperto il concorso per titoli al posto di Medico Primario del Reparto di Radiologia e Fisioterapia. Il posto è retribuito con l'annuo stipendio iniziale di L. 10.500 lorde di ricchezza mobile e aumentabili di un decimo alla fine di ogni quadriennio di servizio e per cinque quadrienni. Annesse a tale stipendio sono una indennità di caroviveri pari a quella che godono gli impiegati dello Stato, e un'altra indennità di caroviveri di L. 1500, indennità che verranno corrisposte fino a nuove disposizioni e salvo il disposto dei RR. DD. Legge 23 giugno e 29 dicembre 1927 n. 1159 e n. 2672. Andranno inoltre a favore del titolare del posto le percentuali sulle tariffe delle prestazioni fatte nel Reparto ai malati a carico proprio degenti nell'Ospedale e, delle prestazioni ambulatorie da chichessia e da qualsiasi Ente pagate, nelle proporzioni del 30 % sulle prime L. 50.000 degli introiti annui, del 20 % sulle seconde L. 50.000, e del 10 % sul rimanente. Detto stipendio, dette indennità e dette partecipazioni sono ridotte a termini dei RR. DD. Legge 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 aprile 1934 n. 561. Le domande dei concorrenti, stese su carta da bollo da L. 4, dovranno pervenire agli Uffici dell'Amministrazione dell'Ospedale (Reggio Emilia, via Roma 31) non più tardi delle ore 18 del 15 febbraio. Età limite 45 anni. Tassa L. 50,10. Per le altre condizioni chiedere copia dell'annunzio.

Roma. *Pio Istituto di Santo Spirito e Ospedali Riuniti.* — Scad. 29 gennaio. Concorso per esami e titoli per la nomina di due aiuti radiologi. Età massima, al 10 dicembre, anni 35. Non meno di due anni di servizio come assistente negli Ospedali Riuniti di Roma e dichiarazione finale di idoneità. Stipendio L. 7300 al lordo delle ritenute e riduzioni. Indennità di caroviveri. Tassa L. 50. Domanda e documenti all'Amministrazione del Pio Istituto.

Sassari. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 28 febbr.; 5 posti di direttore di Sezioni dispensariali, con assegno di L. 7200 annue lorde. Rivolgersi alla Segreteria.

Gli esami per medico di bordo.

Pervengono da qualche tempo al Ministero dell'Interno numerose richieste di informazioni circa la data nella quale avrà luogo la prossima sessione di esami di idoneità per imbarcare come medico di bordo e il programma degli esami stessi.

Si porta a conoscenza degli interessati che nulla è ancora stato stabilito circa i detti esami e che ogni notizia al riguardo verrà tempestivamente resa nota a cura del locale Sindacato Medico Fascista.

Concorsi a premi.

Premio « Piero Boveri ».

Il Direttorio dell'Accademia Medica Lombarda, ad onorare la memoria del compianto prof. Piero Boveri, con i fondi pervenutigli dalla disciolta Associazione Sanitaria Milanese, bandisce un nuovo concorso per un lavoro inedito sul seguente tema: « Radioattività dei fanghi e delle sorgenti minerali ». Al vincitore verrà assegnato un premio di L. 4000 (quattromila) che potrà anche essere diviso fra più concorrenti. Possono concorrere tutti i laureati del Regno.

I lavori, dattilografati in triplice copia, dovranno essere inviati raccomandati alla Segreteria dell'Accademia in Milano, piazza Duomo 20, entro il 30 giugno 1935-XIII, secondo le modalità consuete.

Premio « Lustig ».

È istituita presso la Facoltà di medicina e chirurgia della R. Università di Firenze la Fondazione « A. Lustig » allo scopo di conferire ogni triennio una borsa di studio a favore di un giovane laureato in medicina e chirurgia presso una Università del Regno da non meno di un anno e da non più di quattro anni, che intenda compiere un intero anno di studi in un Istituto di patologia generale o di fisio-patologia sperimentale o di immunologia sia in Italia che all'estero.

Potranno prendere parte al concorso tutti i cittadini regnicoli e non regnicoli, ma la Commissione, a parità di meriti, darà la preferenza in ordine successivo:

1) ai figli dei volontari della grande guerra (1915-18) della Venezia Giulia;

2) ai giovani delle famiglie originarie della Venezia Giulia;

3) agli orfani di guerra;

4) a coloro o ai loro figli che combattendo in qualunque modo per la difesa della Patria rimasero invalidi o mutilati.

I concorrenti dovranno presentare alla Segreteria della R. Università, piazza S. Marco 2, domanda in carta legale da L. 3 entro le ore 24 del 20 maggio 1935.

Il premio unico e indivisibile, ammontante a L. 16.000, verrà conferito non oltre il 1° novembre 1935.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Salvatore Sgrosso, incaricato di clinica oftalmica a Perugia, è nominato titolare della clinica oftalmica di Sassari. Rallegramenti.

Il prof. G. Wüllenweber è nominato ordinario di medicina interna e direttore della policlinica medica di Colonia.

Il dott. Heinrich Wegmann, ispettore delle fabbriche della Federazione svizzera, è nominato dottore in medicina *honoris causa* dall'Università di Zurigo, in riconoscimento dei servigi resi nella tutela dei lavoratori e nella preparazione delle leggi sul lavoro e per le sue ricerche scientifiche sulla silicosi.

Il Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni ha nominato, al posto lasciato vacante dal prof. Léon Bernard, il prof. Jacques Parisot, direttore dell'Istituto d'Igiene di Nancy.

Il premio dell'Umfia per l'endocrinologia generale, dell'importo di 3000 franchi francesi, è stato conferito al dott. Loverdo di Atene, per il suo studio: « Le ipofunzioni e le interfluenze reazionali delle glandole endocrine ».

Il premio Knapp-Schweigger-Hess dell'« Archiv für Augenheilkunde » è stato conferito al prof. Passow, aiuto alla Clinica oculistica di Monaco, per i suoi studi sui rapporti tra sindromi corneali ed eterocromia con lo status dysraphicus.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Convegno per lo studio della tubercolosi osteo-articolare.

Promosso dall'Istituto Codivilla e sotto il patrocinio della Federazione Italiana Fascista per la lotta contro la tubercolosi, nei giorni 23 e 24 febbraio avrà luogo a Cortina d'Ampezzo il 2° Convegno per lo studio della tubercolosi osteo-articolare.

Le relazioni sono state affidate ai proff.: Eredia, Erlitzka, Frontali e Zanoli.

La quota d'iscrizione è di L. 30 e per le signore che accompagnano i congressisti è di L. 10.

Sono assicurate riduzioni ferroviarie del 50 % da qualsiasi stazione del Regno per Cortina d'Ampezzo e prezzi di favore nei migliori alberghi.

Il Convegno coinciderà colle più attraenti manifestazioni dell'inverno sportivo Cortinese.

I medici che desiderano prendere parte al Convegno sono pregati di inviare la loro adesione non oltre il 30 gennaio unitamente ai titoli e ad un resoconto dettagliato delle loro comunicazioni al prof. Carlo Molon, Delegato Regionale per il Veneto della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, Venezia, Campo Bandiera e Moro 3611 (telef. 24-353).

47° Congresso tedesco di medicina interna.

La Società tedesca per la medicina interna si adunerà dall'8 all'11 aprile in Wiesbaden, sotto la presidenza del prof. Schottmüller di Amburgo. Temi: « Questioni medico-aeronautiche »; « Cuore da sport »; « Emopatie acute del sistema mieloide »; « Compito della toracocaustica nella tubercolosi polm. »; « Valore diagnostico dei metodi serologici per la clinica e per il medico pratico »; « Valore della gastroscopia (con riguardo alla gastrite) »; « Bioclimatologia ». Per quanto riguarda i lavori scientifici rivolgersi al presidente, prof. Schottmüller, Alsterufer 33, Hamburg 36; per la mostra allegata al congresso rivolgersi al: Büroinspector Bürger, Bierstädter Höhe 5, Wiesbaden, Germania.

Corsi di perfezionamento e di complemento.

Il grande ospedale Rodolfo Virchow di Berlino ha organizzato dei corsi interni di perfezionamento che si svolgeranno dal 18 febbraio al 2 marzo. Gl'iscritti prenderanno parte a tutta l'attività clinica e di laboratorio, alle visite e agli interventi operatorî; inoltre eseguiranno esercitazioni seminaristiche e assisteranno a conferenze: tutto il loro tempo verrà così ad essere impegnato. Potranno scegliere una sezione, di medicina interna, chirurgia, ginecologia, ostetricia ecc.; oppure frequentare più sezioni. Il corso è riservato esclusivamente a medici di ceppo ariano. L'onorario importa marchi 60; si può avere l'alloggio e il vitto nell'ospedale al prezzo di marchi 2,50 al giorno (il solo pranzo per marchi 0.75). Chiedere informazioni alla: Geschäftstelle der Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung im Kaiserin-Friedrich-Haus, Robert-Koch-Platz 7, Berlin N W 7, Germania.

* * *

Un corso complementare d'igiene pratica sarà svolto nel R. Istituto d'Igiene di Napoli, dal 21 gennaio al 21 marzo; modalità consuete; tassa L. 400 (da versare al Banco di Napoli, « Agenzia Borsa »). Rivolgersi al segretario della Facoltà di medicina e chirurgia.

Nella stampa sanitaria.

Nel 1935 la « Rivista di Terapia Moderna e di Medicina Pratica » rientrerà nei limiti segnati dal suo titolo. Gli argomenti scientifici e culturali in genere (Rivendicazioni italiane, Università italiane, Stampa medica, Genialità medica italiana ecc.) saranno raccolti in fascicoli bimestrali, col titolo: « Acta Medica Italica », che avranno il sottotitolo: « Raccolta di monografie storiche e di attualità riguardanti la medicina italiana in generale e le singole discipline speciali ».

Direttore ne sarà il prof. Prassitele Piccinini; redattore-capo il prof. Celestino Gozzi; della redazione faranno parte altresì i medici addetti all'« Ufficio Stampa Medica Italiana », presso il quale (via Vallazze 39, Milano) avranno sede la Direzione e la Amministrazione.

Da considerarsi complementare delle varie pubblicazioni raggruppate sotto il motto: « Italicus. Italica Volo », la nuova rassegna « Acta Medica Italica » (che avrà il prezzo di abbonamento annuo a L. 30 in Italia) sarà largamente diramata anche all'estero.

Elargizioni.

La Società Orobia di elettricità ha disposto l'elargizione di 50.000 lire per fornire di adeguato gabinetto radiologico, l'Istituto per la Maternità e l'Infanzia di Lecco, costruito allo scopo di consentire lo svolgimento di un'azione sempre più profonda e aderente al programma del Fascismo nel campo della protezione e dell'assistenza alla madre ed al fanciullo. L'Istituto, che è stato dedicato alla memoria del dott. G. B. Sala, benefico presidente dell'Ospedale di Lecco, è stato costruito sia con uno speciale fondo stanziato dall'Ospedale stesso, sia con le erogazioni di importanti enti e di personalità cittadine.

Azioni giudiziarie.

Un medico reputato di Parigi, eseguendo l'esofagoscopia in un soggetto disfagico, aveva determinato una lesione della parete faringea posteriore, seguita da mediastinite e da pleurite purulenta: reperti d'autopsia. Da ciò un'azione giudiziaria. La parte agente — la vedova — reclamava 600.000 franchi di danni e interessi Il medico è stato assolto dal Tribunale Civile, che ha riconosciuto una fatalità inevitabile, inerente ad uno spasmo esofageo improvviso. La Corte d'Appello ha confermato la sentenza assolutoria. Un ricorso della vedova in Cassazione è stato respinto.

* * *

Il Tribunale Civile di Anversa ha condannato lo Stato belga a corrispondere i danni e gl'interessi ad una signora, il cui marito, ricoverato a tre riprese in manicomio, ogni volta che ne veniva dimesso la aggrediva e la feriva più o meno gravemente; dopo la prima aggressione era stato pronunziato il divorzio.

La vittima chiedeva 100.000 franchi da parte del direttore del manicomio. Il Tribunale ha riconosciuto la responsabilità di questo sanitario e, per esso, dello Stato; ha decretato una perizia per

accertare le condizioni di salute della donna ed, eventualmente, il grado d'invalidità e commisurarvi l'indennizzo.

* * *

Il prof. Vittorio Ruata di Roma si era querelato contro il dott. Ercole Bartolotta di Tripoli, per frasi diffamatorie contenute in un opuscolo da questi pubblicato sul tracoma. Davanti la 9ª Sezione del Tribunale di Roma l'imputato, assistito dall'avv. Giorgio Lais, dichiarò di non aver inteso di menomare la reputazione del Ruata, al quale anzi protestava tutta la sua stima e considerazione; a seguito di ciò il Ruata, assistito dall'avv. Ottorino Petroni, dichiarò di non insistere nella querela e così il Tribunale considerò estinto il reato, assolvendo il Bartolotta.

Era sorta contestazione sulle disposizioni testamentarie di una signorina, figlia del dott. Michel, la quale aveva legato due letti all'Ospedale di Chaumont: l'ospedale intendeva di avere la somma necessaria al mantenimento di due malati; gli altri eredi invece intendevano di corrispondere soltanto la somma bastevole all'acquisto materiale dei letti; essi giunsero però ad offrire 50.000 franchi. Il tribunale civile di Chaumont dette ragione all'Ospedale, cui assegnò 400.000 franchi, salvo a modificare tale importo in base alle oscillazioni del franco. La Corte d'appello di Digione ha ora confermato la sentenza, stabilendo che si dovrà prelevare, dall'asse patrimoniale, una somma idonea a dare un interesse annuo di franchi 15.862,90; ha condannato gli eredi resistenti agli interessi, dall'inizio dell'azione giudiziaria, ed a tutte le spese.

Un busto di Forlanini a Buenos Aires.

L'« Agenzia d'Italia » informa che a Buenos Aires è stato inaugurato solennemente nella Facoltà di scienze mediche dell'Università un busto in bronzo del grande maestro della tisiologia, prof. Carlo Forlanini, donato alla Facoltà dal presidente della Società italiana di tisiologia in Argentina prof. Maranini, discepolo e amico dell'illustre scienziato italiano.

Alla cerimonia hanno presenziato il ministro argentino della P. I. dott. De Iriendo, il Regio Ambasciatore d'Italia S. E. Arlotta, il rettore magnifico dell'Università dott. Gallo, i delegati brasiliani, paraguaiani, cileni e uruguaiani al terzo Congresso panamericano della tisiologia e numerose altre personalità e medici argentini e italiani.

Un po' dovunque.

L'Organo di Controllo per la limitazione dell'oppio e altri stupefacenti si è adunato a Ginevra dal 5 al 16 ottobre; il Comitato centrale permanente si è adunato a Ginevra dal 18 al 23 ottobre.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata il 30 novembre e il 7 e il 14 dicembre, sotto la presidenza del prof. C. Ravasini.

Nella prima di queste sedute furono fatte comunicazioni dai soci: G. Mann, O. Zumin; nella seconda il prof. I. Nasso tenne una conferenza sul problema della difterite; nella terza furono fatte comunicazioni dai soci: E. Rimini, V. Romanin, G. Linka.

La Sezione Cosentina della Società Medico-Chirurgica Calabrese si è adunata il 3 dicembre, sotto la presidenza del prof. R. Falcone, assistito dal segretario dott. M. Carbone. Furono fatte comunicazioni dai soci: A. Ciausi-Schettini, A. Talarico, F. Lupinacci.

L'Accademia Medica Pistoiese « Filippo Pacini » si è adunata il 23 dicembre, sotto la presidenza del prof. C Cantieri. Furono fatte comunicazioni dai soci: P. Taddei, M. Santi, Baldi.

La Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 3 dicembre, sotto la presidenza del prof. Coletti, assistito dal segretario dott. P. Fabris. Furono fatte comunicazioni dai soci: Tramontini, Tomasi, Marta, Ventura, Gritti.

Il Ministro delle Corporazioni, presidente dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, ha consegnato al Capo del Governo i rendiconti per l'esercizio 1933. Il Duce ha manifestato il suo compiacimento per l'attività dell'Istituto

Secondo ricerche del dott. A. Lutrario, ex-direttore generale della Sanità pubblica in Italia (consegnate sul periodico « Nosokomeion », 1934, 2), il numero degli Ospedali in Italia dal 1902 al 1932 è aumentato da 1804 a 2089, il numero dei postiletto da 78.240 a 238.511, il numero dei ricoverati da 503.350 a 1.119.003.

Con decreto del Ministero dell'interno in data 20 novembre sono state classificate 34 stazioni di cura, soggiorno e turismo. È stato anche revocato il riconoscimento di 13 altre stazioni.

La Croce Rossa Belga ha aperto una centrale per datori di sangue. Vi erano iscritti 74 datori, di cui 64 riconosciuti come « datori universali ».

Si è istituito a Londra un laboratorio di polizia scientifica; è annesso al « Metropolitan Police College » di Hedon; la direzione ne è affidata al dott. James Davidson, dell'Istituto di patologia dell'Università di Edimburgo.

Durante la stagione invernale, come di norma, saranno effettuati presso lo Stabilimento balneotermale militare di Ischia due turni di cure: il primo dal 1° al 15 febbraio ed il secondo dal 20 febbraio al 6 marzo.

La Società amichevole (mutua) dei medici capi degli stabilimenti di spettacoli di Parigi, ha tenuto la sua assemblea annuale il 6 dicembre.

Nelle scuole superiori della Germania durante il semestre estivo del 1934 furono iscritti 95.667 studenti, contro 115.722 del semestre corrispondente del 1933: ciò significa una riduzione di 17,3 % incirca. Si è avuto invece un aumento d'immatricolazioni nelle scuole per maestri.

Il Governo dell'Islanda ha creato un fondo di soccorso per gli scienziati in condizioni di bisogno. Vi sono destinate le multe per ubbriachezza!

La Lega tedesca di medici sportivi ha organizzato un corso introduttivo di medicina per gli sports invernali, riservato a medici di ceppo tedesco, sotto la direzione del dott. Mallwitz; durerà dal 10 al 24 gennaio. Sede: « Deutscher Soprtärzte Bund », Wilhelm-strasse 92/93, Berlin W8.

Notizie da Berlino recano che una nuova disposizione governativa obbliga la gioventù studentesca delle Università tedesche a tre semestri di educazione sportiva; non sarà consentito di presentarsi agli esami senza aver superato con successo le prove relative. I tre semestri sono ripar-

titi come segue: uno di atletica, uno di penthatlon ed esercizi di tiro, il terzo di nuoto. Anche l'elemento studentesco femminile è soggetto a questo obbligo.

All'Istituto di medicina pratica di Barcellona il dott. Bascompte Lacanel ha tenuto un ciclo di 7 conferenze sul tema: « La medicina nell'arte musicale ».

Nei concerti del Dopolavoro ferroviario a Roma è stato eseguito il bozzetto sinfonico « Maggio », del dott. Alfredo Tognetti, ispettore capo al Servizio sanitario delle Ferrovie di Stato. Eseguito dall'eccellente complesso dei dopolavoristi e diretto con sicura maestria dallo stesso autore, è stato apprezzato e vivamente applaudito.

Una gravissima epidemia di malaria si è prodotta a Ceylon; colpisce specialmente i bambini.

A Stoccolma si è riunita una Conferenza di rappresentanti dei ministeri della giustizia dei paesi del Nord — Svezia, Norvegia, Danimarca, Islanda e Finlandia — allo scopo di addivenire ad una legislazione unica sull'aborto provocato. Si è convenuto di legalizzare l'aborto eseguito secondo regole igieniche, allo scopo di evitare le gravi conseguenze dell'aborto clandestino e non controllato. Secondo i delegati alla conferenza, il numero degli aborti non verrebbe ad aumentare.

L'Associazione inglese per la limitazione delle nascite (National Birth Control Association) ha nominato un sottocomitato medico, il quale raccoglierà del materiale e pubblicherà delle relazioni nel campo medico. (Indirizzo: Eccleston Street 26, London S. W. 1.).

Il Governo francese ha citato all'ordine del giorno della Nazione il dott. Clovis Duris, luogotenente medico delle truppe coloniali, con la seguente motivazione: « Giovane medico da tutti stimato, inviato a Zinder sin dalla prima comparsa di una grave epidemia, ha prodigato le sue cure ai malati, con un'abnegazione ammirevole; è stato colpito dal terribile flagello al capezzale dei suoi pazienti ».

A quanto riferisce il « Pensiero Sanitario » del 30 dicembre, il dott. Mariano Califano, che da 13 anni presta lodevole servizio nella Sala di Malta degli Ospedali Riuniti di Napoli e che era stato nominato cavaliere dell'Ordine, è stato radiato dai Ruoli dell'Ordine stesso e invitato a restituire alla Cancelleria del Gran Priorato di Napoli e Sicilia le bolle di nomina a cavaliere; e ciò in seguito ad un articolo comparso nell'« Italia Medica » a firma del Califano, il quale, in detto articolo, si associava a critiche sull'opera esercitata dal Priorato, comparse nel « Pensiero Sanitario »; critiche per altro non smentite.

Nel manicomio di Warte, in Polonia, un medico venne aggredito da due ricoverati addetti alla cucina, i quali intendevano immergerlo nel caldaione ove bolliva la minestra, nell'idea che questa avrebbe acquistato virtù curative. Egli riuscì, con molta autorità, a convincerli che occorreva prima togliersi le scarpe. Nel frattempo, con agile manovra potè fuggire.

Il « Comitato nazionale di difesa contro la tubercolosi » della Francia ha adottato, per la sua 8ª campagna, un francobollo che reca l'effigie di Alberto Calmette.

CARLO LOTTI

Il dì 24 dicembre u. s., a ore 22, spirava il comm. prof. CARLO LOTTI all'età di 55 anni.

Una lunga, straziante malattia ha minato la fibra robusta dell'illustre patologo, senza che la scienza medica potesse arrestarne il corso fatale. Egli, perfettamente conscio delle sue disperate condizioni, guardò la morte con forza serena sino alla fine.

Il prof. Lotti, ordinario di Patologia speciale me-



dica nella R. Università di Pisa, si è particolarmente segnalato nella sua lunga e brillante carriera per l'intensa passione portata nello studio e nelle ricerche. Uomo di tempra adamantina, di ingegno fervido, ha legato il suo nome ad una produzione scientifica delle più notevoli che rivelò molto chiaramente la sua qualità « di studioso serio e coscienzioso, dalle idee chiare, che non si lascia mai vincere la mano dal desiderio della pubblicazione inutile, ma affronta metodicamente dati e problemi e pubblica quanto egli ha potuto onestamente trovare di nuovo ed a suo parere interessante ».

Laureatosi con pieni voti assoluti nel 1903, entrò come medico interno nella Clinica Medica di Firenze, diretta dall'illustre prof. Grocco, seguendo in pari tempo il corso teorico-pratico di perfezionamento in Igiene. Avendo vinto, per esame, il posto di studio Tacchini cercò in Germania nel laboratorio del prof. Kruse, e quindi a Parigi nell'Istituto Pasteur, di rendersi padrone della tecnica di laboratorio, necessaria per ricerche cliniche, sovratutto nel campo della batteriologia e sierologia. A Parigi poi si valse del larghissimo materiale clinico nel campo delle malattie nervose per consolidare la sua preparazione.

In seguito nella Clinica Medica di Firenze fu assistente volontario, quindi effettivo, poi aiuto.

Ottenuta la libera docenza in Patologia speciale medica, svolse il suo corso libero nel R. Istituto di Studi Superiori di Firenze, negli anni scolastici dal 1912 al 1918.

Diresse il laboratorio di microscopia e batteriologia della Clinica Medica dal 1910 al 1916 e per tre anni tenne la direzione dell'Istituto Antirabbico annesso alla Clinica stessa.

Portato all'insegnamento per attitudini, temperamento e piena comprensione della materia didattica, concorse e riuscì alla cattedra di Patologia e Clinica Medica dell'Università di Camerino; passò successivamente alla stessa cattedra nella R. Università di Sassari; quindi a quella di Cagliari ed in ultimo a quella di Pisa, nella quale ha svolto il suo mandato dall'anno accademico 1928-29 ad oggi. L'opera sua nelle varie sedi fu sempre ispirata a criteri moderni, pratica e lungimirante, capace di destare negli allievi lo spirito di ricerca. Da vero Maestro dette con la sua iniziativa efficace e realizzatrice una spinta vigorosa agli studi; oltre 60 pubblicazioni degli allievi stanno ad attestare luminosamente la sua preziosa quanto utile attività didattica.

Il migliore giudizio della sua opera è del resto confermato dalla opinione di personalità responsabili ed eminenti e ne è espressione, condivisa da tutti, l'elogio che ne ha tessuto la Facoltà Medica di Sassari: « Ha dato impulso di vita nuova agli Istituti da Lui diretti, nei quali è stata intensa l'attività scientifica e grande il rendimento didattico ». La sua attività ha portato un contributo pregevole ed originale alla materia trattata (specialmente notevoli le sue ricerche sulla flora intestinale, sul cancro dello stomaco) e denota la sua acuta intelligenza di osservatore e la sua abilità tecnica.

Importanti le sue memorie sull'*infezione peritoneale*, sulle *opsonine* e *batteriotropine*, sulla *emiplegia palato - laringea*. Acuta l'osservazione analitica e fortemente intuitivo il rilievo clinico portati nello studio sulla *meningite tubercolare a ripetizione*.

Notevoli le ricerche sul favismo, che, condotte con elevato e perspicace spirito di critica, hanno definito una questione assai dibattuta sulla patogenesi di questa forma morbosa.

Anche nel giornalismo seppe essere all'altezza della sua fama; chiamato a far parte del Comitato di redazione del giornale « L'Idrologia, la Climatologia e la Terapia fisica », iniziò studi profondi sulla patogenesi delle malattie dell'apparato digerente e del ricambio e dell'azione esercitata su queste dalle acque minerali. Pubblicò in proposito un gruppo di lavori che ebbero le migliori accoglienze da parte dei moderni cultori dell'Idrologia italiani e stranieri.

Collaborò nella compilazione del Trattato Italiano di Medicina Interna a cura dell'Istituto Biochimico Italiano, redigendo il capitolo sulle malattie del peritoneo.

Capitano medico in guerra, fu quasi sempre in ospedaletti avanzati ove rese utilissimi servizi, contraendo per cause di servizio una grave malattia che lo tenne immobilizzato nel letto per circa sei mesi. Dove fu conosciuto si fece amare da tutti, in breve penetrò nella stima e considerazione generali per la sua grande valentia non disgiunta da grande modestia.

Sapeva studiare il malato con acutezza indagatrice e discernimento clinico non comuni, preoccupandosi non meno del suo spirito, avvicinando tutti e conquistandoli con la sua premura, il suo riserbo delicato, la signorilità del suo tratto.

Egli era dolce, infinitamente buono coi malati che lo adoravano! Cittadino esemplare, pronto a tutti i richiami, il prof. Lotti si è dedicato sempre alla sua missione didattica, professionale e scientifica con tutte le sue energie senza risparmio.

A ben ragione, or non è molto, fu nominato Commendatore della Corona d'Italia.

Stima, venerazione, rispetto fanno corona al suo nome. Ed è doveroso che si ripaghi con manifestazione di gratitudine Colui che sempre donò le sue forze mirabili di intelligenza e di esperienza ad un apostolato di bene e di carità.

R. ARRIGONI.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

☛ ***Richiamiamo l'attenzione dei nostri abbonati, sulla opportunità di provvedersi della seguente pubblicazione :***

ROBERTO ALESSANDRI DIRETTORE DELLA R. CLINICA CHIRURGICA DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA

MANUALE DI CHIRURGIA

(VOLUMI N. 41, 42 I, 42 II. 43, 44 DELLA COLLANA MANUALI DEL " POLICLINICO ..)

Riportiamo, per brevità di spazio, soltanto qualcuno dei tanti giudizi espressi da Maestri della Chirurgia e dalla Stampa Medica, su questo Manuale:

« *È inutile ormai ripetere tutto il bene che di questo trattato è stato detto, con questi due volumi viene completata la parte speciale di esso: il primo volume che conterrà la parte generale, è atteso fra poco.*

Nei due volumi pubblicati è compresa la chirurgia dell'orecchio, del naso, faringe e laringe e dei seni della faccia, scritta magistralmente e con ricchezza di osservazioni personali da Ferreri; la chirurgia del viso redatta accuratamente dal Gussio; la chirurgia dei mascellari da Matronola; la chirurgia della bocca e della lingua da Chiasserini; Stefanini ha raccolto tutto quanto riguarda la chirurgia delle ghiandole salivari; Valdoni ha trattato in maniera completa la chirurgia del collo; Ascoli la chirurgia della tiroide, della parete toracica, del mediastino, del timo, pericardio, cuore, grossi vasi, esofago, dotto toracico, pleura, polmone e diaframma: studio questo di Ascoli veramente completo sotto ogni punto di vista e ricco di osservazioni sensate e di equilibrio.

Brancati ha redatto la chirurgia della mammella; Paggi quella delle paratiroidi, capitolo nuovissimo che manca ancora nei comuni trattati; Matronola la chirurgia dello scroto, della vaginale e del testicolo; Lozzi la chirurgia delle vescichette seminali e la chirurgia del pene; Cermenati la chirurgia dei genitali femminili.

L'Edizione è, come ormai la Casa Ed. Pozzi ci ha abituati, splendida: vi sono delle tricromie che, oltre ad essere tipograficamente belle, sono tante piccole opere d'arte ».

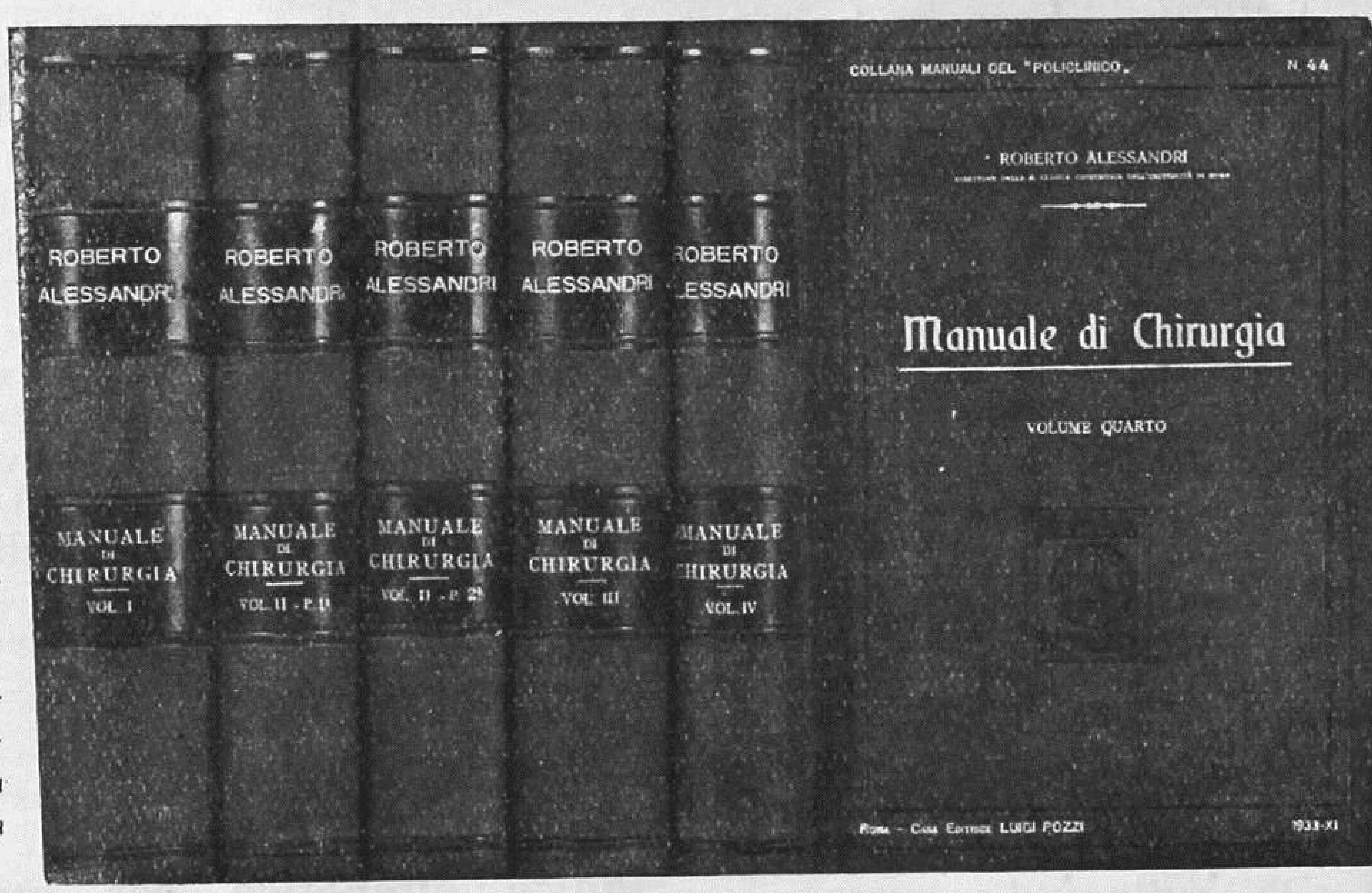
(Da « *Rinascenza Medica* », 15 giugno 1934, Napoli). G. L.

Fac simili dei volumi rilegati in tela (a circa un terzo dal vero).

Prezzo della intera opera in quattro volumi, uno dei quali (il secondo) in due grosse parti, tutti rilegati in piena tela, di complessive pagine 4004, con 2414 illustrazioni nel testo delle quali 109 in tricromia. L. **390.**

N. B. - *Esclusivamente agli abbonati a qualsiasi delle nostre cinque Riviste l'opera è ceduta per sole* L. **350** *anzichè* L. **390** *ed anche con la possibilità di pagarla con un primo versamento di* L. **100** *all'atto della richiesta da farsi accompagnata dall'impegno scritto di versare le rimanenti* L. **250** *in 10 rate mensili da* L. **25** *cadauna, fino al saldo. Alla richiesta unire la fascetta comprovante la qualità di abbonato ad una delle nostre cinque Riviste.*

Il 1° pagamento di L. **100** *può essere anche versato nel nostro Conto Corrente Postale N. 1/5945 mediante l'apposito Bollettino che dall'Ufficio di Posta è fornito gratis, usando il quale si risparmia la tassa dell'ordinario Vaglia Postale.*



AVVERTENZA. - L'impegno del pagamento dell'intero ammontare di L. 350 (ridotto a tanto esclusivamente per gli abbonati al « Policlinico », **può essere stillato e sottoscritto nel predetto Bollettino postale.**

« *Col primo volume, che esce per ultimo, si completa questa bella, interessante ed utile pubblicazione, che modestamente s'intitola Manuale, ma che è propriamente un vero e proprio Trattato di Chirurgia completo nelle varie parti generali e speciali. Degli altri volumi abbiamo già fatta la recensione in questo giornale.*

Il primo volume non fa che confermare quanto abbiamo detto degli altri sia per quanto riguarda l'ordine, la chiarezza, l'importanza pratica per il medico e per lo studente, sia per quanto riguarda la bella veste tipografica e le illustrazioni.

Questo volume dopo una introduzione del prof. Alessandri, svolge i capitoli sulla anestesia, sulla preparazione dell'operando e sulle complicanze postoperatorie (Ghiron); le ferite in genere e le infezioni chirurgiche (Jura); la chirurgia dei vasi e dei gangli linfatici (Ghiron); la chirurgia delle parti molli e degli arti (Pacetto) (Pelle sottocutanea, Aponevrosi, Muscoli, Tendini, Borse sierose); la chirurgia delle ossa (Valdoni, Jura, Brancati, Ghiron); le malattie scheletriche della crescenza (Marino-Zuco); la chirurgia delle articolazioni (Valdoni, Marino-Zuco, Lozzi, Ghiron); le deformità congenite degli arti (Marino-Zuco) e completa il bel volume, di oltre mille pagine, un capitolo sull'indagine radiologica (Bianchini) in chirurgia. Segue infine un ottimo indice alfabetico.

L'opera che deriva e segue le direttive del trattato di Patologia e Terapia Chirurgica di Durante, ottimo ma vecchio, sebbene qua e là rispecchi idee e indirizzi della scuola chirurgica romana, aggiorna e completa le nostre conoscenze sia di patologia, sia di clinica, sia di terapia. Il trattato non può mancare nella biblioteca non solo di ogni chirurgo ma anche di ogni medico italiano. Lo studente degli ultimi anni di medicina, il laureato che deve prepararsi all'esame di Stato vi troveranno quanto è necessario. Il trattato non solo fa onore all'Italia, ma, come per altri trattati è avvenuto, serve alla emancipazione delle traduzioni e dai libri stranieri ».

Prof. DOMENICO TADDEI, direttore della R. Clinica Chirurgica di Firenze.

(Dalla « *Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia* », n. 17 del 15-9-1934-XII, Napoli).

ANNO XLII Roma, 21 Gennaio 1935 - XIII Num. 3

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
Direttore: Prof. RAFFAELE CAPORALI.

La prova del rosso congo nelle diverse forme di epatopatie.

Dott. RICCIOTTI DEL ZOPPO, assistente volont.

Fra i diversi metodi impiegati per l'esplorazione della funzionalità epatica, si è usato per parecchio tempo ed è tuttora adoperato da molti, la così detta prova cromodiagnostica, la quale è basata sulla proprietà che ha il fegato sano di trattenere le sostanze estranee circolanti nel sangue e di eliminarle con la bile.

Abel e Rowntree nel 1909, iniettando a degli animali per via sottocutanea del tetracloro derivato della fenolftaleina, notarono che veniva eliminato attraverso la bile. Sucessivamente Rowntree, Bloomfield, Hurwitz, Wippe, Mason ed altri ricercarono nelle feci delle prime 24 ore la sostanza colorante iniettata. Ben presto però queste ricerche venivano abbandonate perchè risultarono ricche di errori e non esenti da inconvenienti. In seguito e precisamente nel 1922, Rosenthal, partendo dal concetto che le sostanze coloranti erano fissate dalle cellule dei tessuti, propose d'iniettare delle soluzioni di colore per via intravenosa e di ricercarle poi nel siero di sangue. I suoi esperimenti furono confermati da altri AA., i quali localizzarono nel reticolo endotelio la sede di fissazione di alcune sostanze coloranti. Saxl e Donath stabilirono che non soltanto i colori ma che anche altre sostanze, quali il cloruro di sodio, l'urea e gli aminoacidi venivano fissate dal r.e. dopo breve permanenza nel circolo sanguigno. Nel caso invece di alterazione o paralisi di detto apparato, le sostanze rimanevano più a lungo nel sangue, perchè fissate con maggiore lentezza dal sistema istiocitario. Fiessinger, Olivier e Casteran, esperimentando col rosa bengala, trovarono un netto e notevole tasso di ritenzione nel plasma di animali splenectomizzati. Dal campo sperimentale si passò poi a quello della clinica: Greenbaum e Brown praticarono delle ricerche su dei luetici curati con arsenobenzoli. Gilbert Coury e Pedro M.

Re asserirono che la prova cromodiagnostica costituiva una vera indagine della funzione del fegato. Senonchè sebbene raramente si ebbero a rilevare vari inconvenienti, consistenti in trombosi od infiammazioni della regione ov'era stata praticata l'iniezione, seguite da modificazione dello stato generale della persona (febbre elevata, abbattimento, cefalea, ecc.). Maurer e Gatewood ebbero a rilevare persino delle morti per trombosi venose. A questi insuccessi si aggiunsero le obbiezioni che i coloranti venivano eliminati per buona parte anche attraverso il rene e rappresentavano perciò un sistema d'indagine di scarso valore. Furono proposti allora molti altri metodi ed ognuno di essi con una diversa sostanza colorante. Si ebbero così la prova col bleu di Roch, la prova col bleu di Rosenthal, quella dell'indaco carminio di Lephene e Hatieganu, del Kongorot di Bennhold, della fuxina acida di Barok, del rosa bengala di Kerr, Delprat, Epstain e tante altre. Molto usata dagli sperimentatori è stata la soluzione del rosa bengala perchè considerata come una delle più innocue ed anche perchè eliminata solo in quantità trascurabili dal rene come risulta dalle esperienze del Ronzini. A mano a mano però che le ricerche si sono andate moltiplicando, i pareri fra i vari AA., si sono fatti sempre più discordi. Il Rosenthal per dimostrare l'importanza della cellula epatica sulla fissazione ed eliminazione del colore asportò determinate quantità di fegato a degli animali e riscontrò che la soluzione di colore era trattenuta in circolo in ragione diretta alla quantità di organo asportato.

Pannella, Velo, Walter, Fiessinger dimostrarono la stessa cosa con la legatura del coledoco e con l'intossicazione dei narcotici, specialmente quella cloroformica, per la particolare elettività di questo anestetico sulla cellula epatica. Per il Benda la prova cromodiagnostica sarebbe solamente un'indagine della funzionalità del s.r e. Altri AA. invece credono che la facoltà fissatrice sia compito delle cellule del Kupfer, mentre alle cellule parenchimali sarebbe riservata la funzione eliminatrice e questo starebbe in certo qual modo in analogia colle idee di coloro che ritengono il reticolo endotelio la sede del ricambio della bilirubina e la cellula epatica l'organo escretore del pigmento. Infine Fiessinger, Casteran, Olivier, Schellong, Eisler, Cetroni e Ronzini sono del parere che il potere eliminatore appartenga tanto alla cellula epatica quanto al r.e. per cui questi due tessuti non possono essere considerati isolatamente. Le diverse opinioni dei molti studiosi lascia pensare che molto probabilmente vi siano colori che prediligono per la loro struttura, ed intima composizione, il tessuto epatico, ed altri il tessuto mesenchimale. Difatti Paschkis nel ricercare nel sangue il comportamento della fenoltetracloroftaleina (sostanza a fine dispersione) in parallelo con quello del rosso congo (sostanza a dispersione grossolana) ebbe a notare che mentre la prima veniva fissata dalle cellule epatiche ed eliminata poi con la bile, la seconda era attratta dalle cellule del reticolo ed escreta ulteriormente attraverso il rene ed il fegato. Si pensò così che una maggiore o minore permanenza in circolo del rosso congo fosse in diretta relazione della capacità fissatrice del reticolo endotelio. In seguito però altri negarono quello che era stato dimostrato dal Paschkis. Senonchè Adler, Reimann e Massa con esperimenti su conigli, trattati con forti dosi di r.c. per via intravenosa, hanno potuto confermare definitivamente quanto era stato visto dal detto A. e fu così che il rosso congo divenne il colorante di elezione per l'indagine funzionale dell'apparato r.e. Adler e Reimann furono i primi a proporre ed a servirsi di questo metodo. Essi usando la prova del r.c. in persone affette da cirrosi epatiche, lesioni renali, intossicazioni, malattie infettive acute quali il tifo, la polmonite, la tubercolosi miliare, ecc. trovarono che la quantità di colore rimasta nel circolo sanguigno un'ora dopo la sua introduzione era maggiore che negl'individui normali. Da ciò si deduceva che la capacità di fissazione del reticolo era ridotta. Costoro potettero stabilire anche che nelle polmoniti gravi e nelle setticemie il r.c. era trattenuto nel sangue in proporzione del 90-100 %; nelle endocarditi, colangiti, affezioni epatiche con intenso ittero, nelle pioemie, tubercolosi gravi e nelle persone splenectomizzate la ritenzione era dell'80-90 %. Nelle infezioni leggere il tasso del r.c. nel plasma era del 70 %. Assai caratteristico sarebbe il comportamento di detto colorante nella polmonite crupale in cui nell'acme della malattia si avrebbe la ritenzione massima ed una riduzione al disotto della norma qualche giorno dopo la crisi. Massa però in un caso da lui trattato, avrebbe trovato subito dopo la crisi una percentuale di colore residuo molto al disopra del normale. Il suo reperto troverebbe riscontro con gli studi di Kaufmann sulla funzione del r.c. nella polmonite. Ricerche di Wilenski, nelle malattie infettive, praticate col trypanblau, avrebbero stabilito che la quantità del colorante nel plasma decorrerebbe parallelamente alla gravità della malattia. Interessanti sono le ricerche del

Massa, il quale in oltre 30 casi da lui studiati in maggior parte malarici e splenomegalici avrebbe avuto delle percentuali abbastanza alte ed indipendentemente dallo sviluppo maggiore o minore della milza.

Lucacer e Cardinale nel tentare attraverso la prova del r.c. di agevolare lo studio alla diagnosi qualitativa delle varie forme anatomo-cliniche della tubercolosi polmonare trovano: valori presso a poco normali nelle tubercolosi con manifestazioni a tipo produttivo, valori alquanto aumentati nelle forme miste, e nei casi a forma essudativa ritenzioni molto elevate. Per questi AA. l'indagine sarebbe di ausilio anche per la prognosi in quanto che un indice assai alto deporrebbe per una malattia grave, un tasso leggermente al disopra della norma, starebbe per una forma lieve oppure, riferendoci ad uno dei compiti più importanti del r. c., per una difesa organica valida e sufficiente (Adler e Reimann) In ben altra maniera andrebbero le cose nelle splenomegalie tipo Gaucher. Weltmann e Deutichke avrebbero riscontrato, in due casi, che l'assorbimento del r. c. da parte del reticolo endotelio sarebbe un pò maggiore della norma e ciò lascerebbe supporre ad una cresciuta attività di questo apparato oppure ad un suo più esteso sviluppo. Un meccanismo diverso invece spiegherebbe la rapida scomparsa del colore nel sangue di persone affette da amiloidosi. Qui parrebbe più logico pensare ad una speciale affinità della sostanza amiloide per il r.c., ragion per cui la prova col detto colorante avrebbe, in questa particolare forma morbosa, un'importanza notevole per la sua diagnosi come si rileverebbe dalle ricerche cliniche di Strasser. Dopo quanto è stato da me esposto, non sembrerà inutile se ho cercato di valutare attraverso la prova del r.c. il comportamento del reticolo endotelio nelle varie affezioni del fegato.

RICERCHE PERSONALI.

Il giorno precedente al trattamento, preparavo a caldo una soluzione all'1 % di rosso congo (rosso congo più soluzione fisiologica) e dopo averla filtrata per due volte la sterilizzavo all'autoclave per 20 minuti ed alla temperatura di 120°. « Quantunque la maggioranza degli AA. siano d'accordo nel non dare soverchia importanza al quantitativo da iniettare, ho voluto somministrare il r. c. in ragione di un centigr. per ogni sei chili del peso corporeo ».

Il mattino susseguente prelevavo da una vena del gomito del paziente, tenuto a digiuno dalla sera innanzi, esattamente cc. 5 di sangue che versavo in una provetta contenente un cc. di citrato sodico in soluzione al 5 %. subito dopo iniettavo nella stessa vena la soluzione di colore. A distanza di 4' e di 60' dall'iniezione estraevo dall'altro braccio 5 cc. di sangue per volta che versavo in provette contenenti anch'esse 1 cc. di soluzione citrato sodica. Dopo aver tenuto per varie ore i campioni di sangue in ghiacciaia li facevo centrifugare e poi titolavo il plasma normale con una soluzione standard di r. c., 1:10.000 (1 cc. di plasma normale + 1 cc. di soluzione r.c. standard + 9 cc. di acqua distillata) mentre gli altri plasma venivano solamente diluiti (1 cc. di plasma + 10 cc. di acqua distillata). Dopo di ciò confrontavo al colorimetro Dubosq ed a luce artificiale, il plasma titolato con gli altri due, e in seguito ad appositi calcoli, ricavavo la cifra indicante l'indice di ritenzione del colore nel plasma.

In tutti gli ammalati poi ho ritenuto indispensabile studiare anche la funzionalità epatica, attraverso le prove della curva glicemica carico di glucosio e quella della curva degli aminoacidi. Ho praticato anche ad ognuno l'esame delle urine e in quei casi che la lesione renale è risultata abbastanza compromessa come ad es. nelle varie forme di cirrosi, ho studiato pure la funzionalità renale mediante la prova della diluizione, della concentrazione e della fenolsulfonftaleina.

CASI ESAMINATI.

CASO I. — Amilcare M., di anni 50. Diagnosi: Cirrosi epatica con ascite. Fegato piccolo, milza ingrandita in modico grado.
Funzionalità epatica e renale assai ridotte.
Indice di ritenzione nel plasma: 72,65 %.

CASO II. — Vito G., di anni 59. Diagnosi: Cirrosi epatica con ascite. Fegato in alto nei limiti fisiologici, in basso deborda di 4 cm. dall'arco costale sull'emiclaveare prolungata, a superficie granulosa con margini sottili e di consistenza durissima. Milza ingrandita. Funzionalità epatica e renale ridottissime.
Indice di ritenzione nel plasma: 78,21 %.

CASO III. — Bernardo P. di anni 57. Diagnosi: Cirrosi epatica con ascite. Fegato rimpiccolito. Milza: in alto alla 7ª costola, in basso deborda di 5 cm. dall'arcata costale, di consistenza fortemente aumentata e dolente alla palpazione.
Funzionalità epatica e renale molto ridotte.
Indice di ritenzione nel plasma: 83,71 %.

CASO IV. — Teodoro A., di anni 39. Diagnosi: Cirrosi epatica con ascite. Fegato piccolo, milza in alto all'8ª costola ed in basso debordante dall'arco di oltre 4 cm., di consistenza aumentata. Funzionalità epatica e renale ridottissime.
Indice di ritenzione nel plasma 68,43 %.

CASO V. — Angelo P., di anni 40. Diagnosi: Cirrosi epatica con ascite in luetico. Fegato in alto nei limiti, in basso si palpa appena la piccola ala che si presenta dura a superficie liscia, indolente e con margine tagliente. Milza in alto al 7° spazio intercostale, in basso deborda di 4 cm. dall'arco costale. Funzionalità epatica e renale assai scadenti.

Indice di ritenzione nel plasma: 81,48 %.

CASO VI. — Giuseppe C., di anni 49. Cirrosi epatica con lieve ascite. (Ha sofferto per il passato di malaria). Fegato in alto nei limiti normali, in basso non si palpa. Milza in alto alla 9ª costola, in basso deborda dall'arco di oltre 6 cm., di consistenza durissima e dolente alla palpazione. Funzionalità epatica molto ridotta, in maniera meno notevole quella renale.

Indice di ritenzione nel plasma: 70 %.

CASO VII. — Ida G., di anni 42. Diagnosi: Sifilide epatica sclero gommosa con ascite. Fegato a superficie irregolare e dolente alla palpazione: in alto arriva nei limiti normali, in basso giunge alla trasversa ombelicale all'altezza dell'emiclaveare prolungata. Milza: in alto alla 7ª costola, in basso a cm. 3 1/2 al disotto dell'arcata costale. Funzionalità epatica ridotta, normale quella renale.

Indice di ritenzione nel plasma: 85,66 %.

CASO VIII. — Rocco P., di anni 35. Diagnosi: epatite luetica. Fegato in alto nei limiti fisiologici, in basso a 3 cm. al disopra della trasversa ombelicale sull'emiclaveare prolungata. Milza non ingrandita. Funzionalità epatica leggermente ridotta, rene normale.

Indice di ritenzione nel plasma: 57,20 %.

CASO IX. — Maria B., di anni 31. Diagnosi: epatite luetica. Fegato in alto nei limiti fisiologici, in basso debordante di 5 cm. dall'arcata costale sull'emiclaveare prolungata. Milza leggermente ingrandita. Funzionalità epatica quasi normale, rene integro.

Indice di ritenzione nel plasma: 61,44 %.

CASO X. — Andrea S., di anni 45. Diagnosi: epatite malarica. Fegato ingrandito modicamente. Milza in alto all'8ª costola ed in basso debordante di cm. 5 dall'arcata costale. Funzionalità epatica normale, rene sano.

Indice di ritenzione nel plasma: 75,81 %.

CASO XI. — Angela M., di anni 14. Diagnosi: epatite malarica. Fegato in alto nei limiti ed in basso debordante di 3 cm. dall'arco costale sull'emiclaveare prolungata. Milza in alto alla 9ª costola ed in basso a 4 cm. al disotto dell'arcata. Funzionalità epatica ridotta, rene sano.

Indice di ritenzione nel plasma: 80,64 %.

CASO XII. — Fulgenzio G., di anni 61. Diagnosi: cirrosi da stasi biliare. Fegato in alto nei limiti fisiologici, in basso debordante di cm. 6 dall'arcata costale sull'emiclaveare prolungata, di consistenza dura a superficie irregolare con margini arrotondati e dolente alla palpazione. Milza leggermente ingrandita. Ittero cronico. Funzionalità epatica leggermente ridotta, rene normale.

Indice di ritenzione nel plasma: 83,78 %.

CASO XIII. — Maddalena R., di anni 54. Diagnosi: cirrosi da stasi biliare. Fegato in alto nei limiti fisiologici, in basso debordante di 3 cm. dall'arcata costale sull'emiclaveare prolungata, a superficie irregolare, duro, indolente. Milza normale. Funzionalità epatica ridotta, rene sano.

Ittero cronico.

Indice di ritenzione nel plasma: 77,61 %.

CASO XIV. — Pasquale P., di anni 41. Diagnosi: Epato-colangite cronica. Fegato ingrandito mediocremente. Splenomegalia. Subittero, assenza di ascite, presenza di febbre. Funzionalità epatica: curva glicemica ritardata. Ipercolesterinemia. Funzionalità renale leggermente ridotta.

Indice di ritenzione nel plasma: 88,21 %.

CASO XV. — Giulio O., di anni 12. Diagnosi: Sindrome Bantiana. Fegato in alto nei limiti ed in basso a 3 cm. al disotto dell'arcata costale sull'emiclaveare prolungata. Milza in alto alla 7ª costola, in basso arriva alla cresta iliaca, di consistenza durissima e leggermente dolente alla palpazione. Funzionalità epatica ridotta, lesione renale a carattere nefritico e con funzionalità alquanto ridotta.

Indice di ritenzione nel plasma: 95,81 %.

CASO XVI. — Serafina P., di anni 24. Diagnosi: Sindrome Bantiana con doppio vizio mitralico. Fegato in alto nei limiti, in basso deborda di oltre 5 cm. dall'arcata costale sull'emiclaveare prolungata. Milza in alto alla 7ª costola, in basso arriva fino alla trasversa ombelicale. Funzionalità epatica leggermente ridotta. Rene normale.

Indice di ritenzione nel plasma: 100 %.

CASO XVII. — Giorgio C., di anni 19. Diagnosi: Sindrome Bantiana. Fegato in alto nei limiti fisiologici, in basso deborda di cm. 2 dall'arcata costale sull'emiclaveare prolungata. Milza in alto al 6° spazio ed in basso arriva a 2 cm. al disotto della trasversa ombelicale. Funzionalità epatica leggermente ridotta. Rene con lieve lesione a tipo nefritico.

Indice di ritenzione nel plasma: 100 %.

CASO XVIII. — Teresa D., di anni 58. Diagnosi: Neoplasia del fegato. Fegato in alto nei limiti fisiol., in basso deborda di cm. 5 dall'arco costale sull'emiclaveare prolungata. Milza leggermente ingrandita. Ittero intensissimo. Funzionalità epatica ridotta leggermente. Lesione renale nefrotica.

Indice di ritenzione nel plasma: 93,75 %.

CASO XIX. — Giovanni D., di anni 50. Diagnosi: Cancro del fegato con ascite. Fegato notevolmente ingrandito di consistenza lignea a superficie irregolare per la presenza di nodosità disuguali, scarsissima mobilità agli atti respiratori. Milza non ingrandita. Funzionalità epatica e renale ridotte.

Indice di ritenzione nel plasma: 80 %.

CASO XX. — Giuseppe C., di anni 63. Diagnosi: Probabile tumore della testa del pancreas con metastasi al fegato. Fegato piuttosto ingrandito, di consistenza dura ed a superficie alquanto irregolare. Milza normale. Ittero notevolissimo. Funzionalità epatica ridotta. Rene normale.

Indice di ritenzione nel plasma: 86,48 %.

CASO XXI. — Angelo V., di anni 61. Diagnosi: Itterizia catarrale. Milza e fegato leggermente ingranditi. Funzionalità epatica leggermente ridotta. Rene sano.

Indice di ritenzione nel plasma: 91,88 %.

CASO XXII. — Baldassarre R., di anni 29. Diagnosi: Itterizia catarrale. Fegato e milza normali. Funzionalità epatica leggermente ridotta. Rene sano.
Indice di ritenzione nel plasma: 85,60 %.

CASO XXIII. — Giuseppe I., di anni 31. Diagnosi: Itterizia catarrale. Fegato e milza alquanto ingranditi. Funzionalità epatica normale. Rene normale.
Indice di ritenzione nel plasma: 96 %.

CASO XXIV. — Antonio Z., di anni 22. Diagnosi: Itterizia catarrale. Fegato e milza leggermente ingranditi. Funzionalità epatica normale. Rene integro.
Indice di ritenzione nel plasma: 88,90 %.

CASO XXV. — Carlo G., di anni 66. Diagnosi: Itterizia catarrale. Fegato leggermente ingrandito, milza normale. Funzionalità epatica alquanto ridotta. Rene normale.
Indice di ritenzione nel plasma: 93,70 %.

CASO XXVI. — Angela T., di anni 64. Diagnosi: Doppio vizio mitralico in iposistolia con fegato cirrotico vascolare ed ascite. Fegato ingrandito e di consistenza dura. Milza in alto alla 9ª costola ed in basso debordante di 6 cm. dall'arcata. Funzionalità epatica ridottissima. Rene da stasi.
Indice di ritenzione nel plasma: 75,68 %.

CASO XXVII. — Giovanni B., di anni 49. Diagnosi: ascesso del fegato secondario ad affezione suppurativa della testa. Fegato ingrandito, in basso deborda di 4 cm. dall'arcata, assai dolente alla palpazione. Modico tumore di milza. Presenza di subittero. Funzionalità epatica ridotta. Lieve lesione del rene con presenza nelle urine di notevole quantità di urobilina.
Indice di ritenzione nel plasma: 80,14 %.

CASO XXVIII. — Gennaro F., di anni 64. Diagnosi: ascesso epatico da angiocolite. Fegato modicamente ingrandito, assai dolente alla palpazione. Milza: in alto al 7° spazio intercostale, in basso deborda di oltre 4 cm. dall'arcata, di consistenza molle e lievemente dolente alla palpazione. Presenza d'ittero notevole. Funzionalità epatica ridotta. Lieve lesione renale.
Indice di ritenzione nel plasma: 91,25 %.

CONSIDERAZIONI ED OSSERVAZIONI.

Prima di passare alla discussione dei risultati ottenuti nei vari casi presi in esame, credo necessario riferire che l'indice di ritenzione nel plasma del r.c. negl'individui normali si aggira intorno a cifre oscillanti tra il 45 ed il 60 %. Detti dati conseguiti da vari ricercatori sono stati anche da me confermati su dieci osservazioni di persone perfettamente normali. Nel giudizio poi dei vari casi bisogna tener conto di alcuni fattori che indipendentemente dalla lesione epatica possono influire sulla ritenzione del colorante nel plasma. Ad es. il sistema reticoloendoteliale di persone giovani, è in grado di assumere una maggiore quantità di colorante che non quello di individui vecchi. Un'altra ragione di maggiore ritenzione potrebbe essere costituita da una funzionalità renale più o meno alterata come pure da un processo che abbia in precedenza leso la compagine morfologica e l'unità funzionale degli elementi reticolo istiocitari del fegato. Fatta questa breve premessa, passiamo senz'altro ad esaminare gl'indici di ritenzione più elevati ottenuti, nelle tre sindromi Bantiane, nelle quali in due l'assorbimento da parte del s.r.e. è stato addirittura nullo, ed in una solamente del 5 %. Tale comportamento potrebbe avere origine in uno stato di deficienza quasi assoluta del reticolo endotelio e della milza in primo tempo, e del fegato secondariamente, almeno per quanto riguarda la funzione cromopessica di detto apparato. Se osserviamo i vari casi di cirrosi ai quali potremmo aggiungere anche quello del fegato cirrotico da stasi, vediamo subito che gl'indici di ritenzione oscillanti in media da un minimo del 70 % ad un massimo dell'80 % sono più bassi di quelli riportati nelle varie itterizie catarrali delle cirrosi da stasi biliare e dell'epatocolangite. ove i tassi variano tra l'80 % e il 90 %. Questo confronto dà maggior valore alla concezione che la difettosa attività cromopessica del s.r.e. sia da mettersi in relazione piuttosto ad una sua menomata costituzionalità biochimica anzichè ad un maggior danneggiamento della parte parenchimale. Ed infatti se da un lato la cellula epatica è di gran lunga più alterata nella cirrosi atrofica che non nell'itterizia catarrale, si può logicamente sospettare che in quest'ultima forma morbosa, causa un aumento di pigmento negli elementi del s.r.e., detti elementi si rendano incapaci di assumere ulteriori granuli di sostanza colorante perchè già saturi e disturbati nella loro funzionalità cromopessica dell'accumulo abnorme di pigmento biliare. Questo concetto venne già assunto da Adler e Reimann, i quali sostennero che l'indice di ritenzione è in certo qual modo proporzionale alla quantità di pigmento biliare circolante nel sangue, ossia dalla intensità della forma itterica. La ridotta attività granulopessica però non implicherebbe un disturbo delle altre funzioni del reticolo endotelio (funzione antitossica, di difesa contro malattie infettive, ecc.). E che del resto il s.r.e. saturo di colore sia in grado di conservare le altre sue proprietà, è stato anche da me affermato in un lavoro sul blocco del s.r.e. e respirazione interna dei tessuti, dove la respirazione tissurale rimase normale dopo il blocco (o più esattamente: saturazione di colore) del detto sistema. Queste considerazioni vengono però formulate solo in linea di semplice ipotesi poichè la comples-

sità dell'argomento richiede ulteriori ricerche che mi riprometto di condurre a termine in un lavoro sull'ittero sperimentale.

Le cifre ottenute nelle epatiti luetiche poi sono da ritenersi quasi nei limiti del normale, tranne in un caso di epatite sclerogommosa (caso n. 7) nel quale parallelamente ad una discreta compromissione della funzionalità epatica, la ritenzione del rosso congo nel plasma ha tenuto una percentuale abbastanza elevata (85,66 %).

Nelle rimanenti forme morbose e cioè nelle epatiti da malaria, nei tumori del fegato e nei casi di ascesso epatico, gl'indici di ritenzione nel plasma sono stati più o meno elevati. Ma in queste affezioni pare logico attribuire i risultati ottenuti oltre che ad una disturbata funzionalità reticolo endoteliale anche ad una lesione, sebbene in linea secondaria, più o meno profonda della parte parenchimale dell'organo, per cause tossiche ed infettive a lungo decorso.

CONCLUSIONI.

a) La prova del rosso congo costituisce al pari delle altre prove cromodiagnostiche, un sussidio importante nello studio della funzionalità epatica.

b) Essa è sopratutto applicabile nelle epatopatie a tipo di lesione prevalentemente reticolo-istiocitaria.

c) Tale prova mostra un indice di ritenzione nel plasma maggiormente elevato nelle sindromi Bantiane nelle quali è nota la natura e la gravità della disfunzione reticolo istiocitaria.

d) Degno di rilievo è pure il reperto di un elevato tasso del colorante nel plasma in malattie del fegato con stasi biliare intensa, sia acuta che cronica (itterizia catarrale, cirrosi biliare da stasi, epatocolangite). Questo risultato che, a prima vista, potrebbe sembrare in contrasto colla concezione di un'attività granulopessica deficiente in misura proporzionale alla intensità della lesione reticolo istiocitaria del fegato in realtà non lo è. Ed infatti è noto come i prodotti della bile (pigmento biliare e sali) sono estremamente tossici e disturbatori del biochimismo cellulare specie per gli elementi del r.e. ove si fissano a preferenza. Nessuna sorpresa poi se nella itterizia acuta, cessata la causa, cessi anche il disturbo funzionale dell'apparato reticolo istiocitario. Vuol dire che quest'ultimo durante il decorso della malattia, è stato disturbato dall'esagerato accumulo di bile nella sua attività cromopessica, ma che si è potuto riprendere subito, non essendo lese le sue attività metaboliche, come del resto può accadere in casi di avvelenamento acuto.

e) Nelle altre forme di epatite a tipo misto (lesione istiocitaria e parenchimale) l'indice di ritenzione discretamente elevato è da attribuirsi in massima parte alla disfunzione del sistema reticolo istiocitario ed in misura di minore importanza all'alterazione biochimica e strutturale della cellula parenchimale.

RIASSUNTO.

Da uno studio accurato eseguito in 28 casi di varie affezioni morbose del fegato l'A. ha potuto stabilire l'importanza della prova del rosso congo in parallelo alle altre prove di funzionalità epatica, nei riguardi dello stato funzionale del sistema reticolo istiocitario. Da siffatte ricerche ha concluso che il grado di ritenzione del colorante nel plasma sanguigno è massimo laddove l'apparato reticolo endoteliale viene ad essere maggiormente compromesso dalla malattia, come ad es. nelle sindromi Bantiane; di medio grado invece nelle epatopatie nelle quali havvi lesioni a tipo misto (parenchimale e reticolo endoteliale come accade in varie forme di cirrosi, sifilide epatica, neoplasie ed ascessi del fegato). Nei casi in cui l'affezione morbosa importava, oltre che un disturbo parenchimale, anche una ritenzione del pigmento biliare nel sangue, la prova del rosso congo ha sempre manifestato indici abbastanza elevati (90 % in media). Sembra che quest'ultimo reperto debba attribuirsi più che altro ad una saturazione degli elementi del reticolo endotelio da parte del pigmento biliare per cui verrebbe ad essere impedita un'ulteriore assunzione del materiale colorante.

BIBLIOGRAFIA.

ABEL ROWNTREE. Journ. Pharmacol. and exper. Therapy, vol. I, p. 231, 1909.
ROWNTREE, HURWITZ e BLOOMFIELD. John Hopkins Osp. Bull., vol. 24, p. 207, 1913.
WIPPLE, MASON e PEIGHTAL. John Hopkins Hosp. Bull., vol. 24, n. 207, 1913.
ROSENTHAL. Journ. of Pharmac. and exper. Ther., vol. 19, p. 385, 922.
ID. John Hopkins Hosp. Bull., vol. 33, 1922.
SAXL e DONATH. Wiener. K. Woch., n. 26, 1924.
FIESSINGER e WALTER. Masson e C. ed. Paris, 1925, C. R. Soc. de Biol. L. I., 1926, Revue Méd. Chir. d. maladies du foie, pancr. râte, luglio-settembre 1926.
ID. Journ de Chir. t. 32, n. 1, luglio 1928.
GREENBAUM e BROWN. J. A. M. A., vol. 82, 1924.
GILBERT e COURY. C. R. hebd. de la Soc. de Biol., n. 5, p. 337, 1924.
PEDRO M. RE. Policlinico, Sez. Med., p. 33, 1927.
MAURER e CATEWOOD. J. A. M. A., vol. 84, 1925.

LEPHENE. Med. Klinik., pag. 954, 1925.
ROSENTHAL. J. A. M. A., vol. 79, 1922 e vol. 83, 1924.
ID. Journ of Pharmac. and exper. Ther. vol. 23, 1924.
PANNELLA. Estr. Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia, 1931.
VELO. Minerva Medica, n. 12, 1929.
ID. Atti Soc. Ital. di Chir., 1928 e 1927.
BENDA. Zentralblatt f. Gynaköl., n. 11, 1927, p. 642-653.
SCHELLONG e EISLER. Citati da RONZINI.
CETRONI. Ann. di Ost. e Gin., 1929.
RONZINI. Archivio Italiano di Chirurgia, vol. 26, fascicolo 3.
ID. Estr. Boll. Acc. Pugliese di Scienze, anno IV, fasc. 5, luglio 1929.
ADLER e REIMANN. *Beitrag zur Funktionsprüng des r. e. a.* Zeitsch. f. ges. experim. Med., Bd. 47, p. 617, 1925.
MASSA M. *Tentativi di saggio funzionale del sistema r. e. in clinica. La prova del rosso congo.* La Clinica Med. Ital., pag. 42, anno 1929.
PASCHKIS. Citato da LUCACER e CARDINALE.
WILENSKI. Citato da LUCACER e CARDINALE.
LUCACER e CARDINALE. La Riforma Medica, n. 25, p. 951, anno 1931.
WELTMANN e DEUTICKE. *Untersuchungen über zwei Fälle von splenomegalie.* Typ. Gaucher. Wiener Klin. Woch., 1927, n. 29.
WINTERNITZ. *Ueber Urobilinamie.* Zeit. f. ges. exp. Med. 1925, Bd. 47.
DEL ZOPPO R. *Blocco del s. r. e. e respirazione interna dei tessuti.* Rivista di Patologia Sperimentale, ottobre 1933.
CESA BIANCHI D. *Le epatiti croniche.* Rassegna Clinico scientifica I. B. I., pag. 536, 15 dicembre 1932.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA - ROMA
SALA S. CARLO GENGA
Primario medico: Prof. TOMMASO LUCHERINI

Contributo clinico-radiologico allo studio della sifilide congenita ossea e articolare

per il dott. GIOVANNI LIUZZO, assistente.

L'infezione luetica, acquisita e congenita, è responsabile di tutta una gamma di lesioni ossee e articolari, il cui polimorfismo ha reso e rende tutt'ora difficile la loro sistemazione definitiva. È sopratutto il capitolo delle artropatie luetiche quello che per l'intrecciarsi di manifestazioni cliniche e di alterazioni anatomopatologiche delle più varie si presenta il più confuso, risultandone a volte estremamente oscuro non soltanto il diagnostico ma anche la patogenesi. Ciò vale in particolar modo per la lue congenita, la quale, se nella prima infanzia provoca lesioni ossee e osteo-articolari differenziabili in quadri che hanno fisionomia tutta propria, in un periodo più inoltrato della vita si confonde nei suoi disastrosi effetti colle forme proprie alla sifilide acquisita terziaria.

L'osservazione, che forma oggetto della presente nota, si riferisce appunto ad un caso di sifilide congenita con gravi alterazioni ossee ed articolari, il quale ci sembra doppiamente utile, in quanto ci offre un quadro dimostrativo clinico-radiologico della estrema gravezza del danno scheletrico in contrasto con lo stato generale del paziente, e si presta a qualche considerazione di ordine patogenetico e clinico.

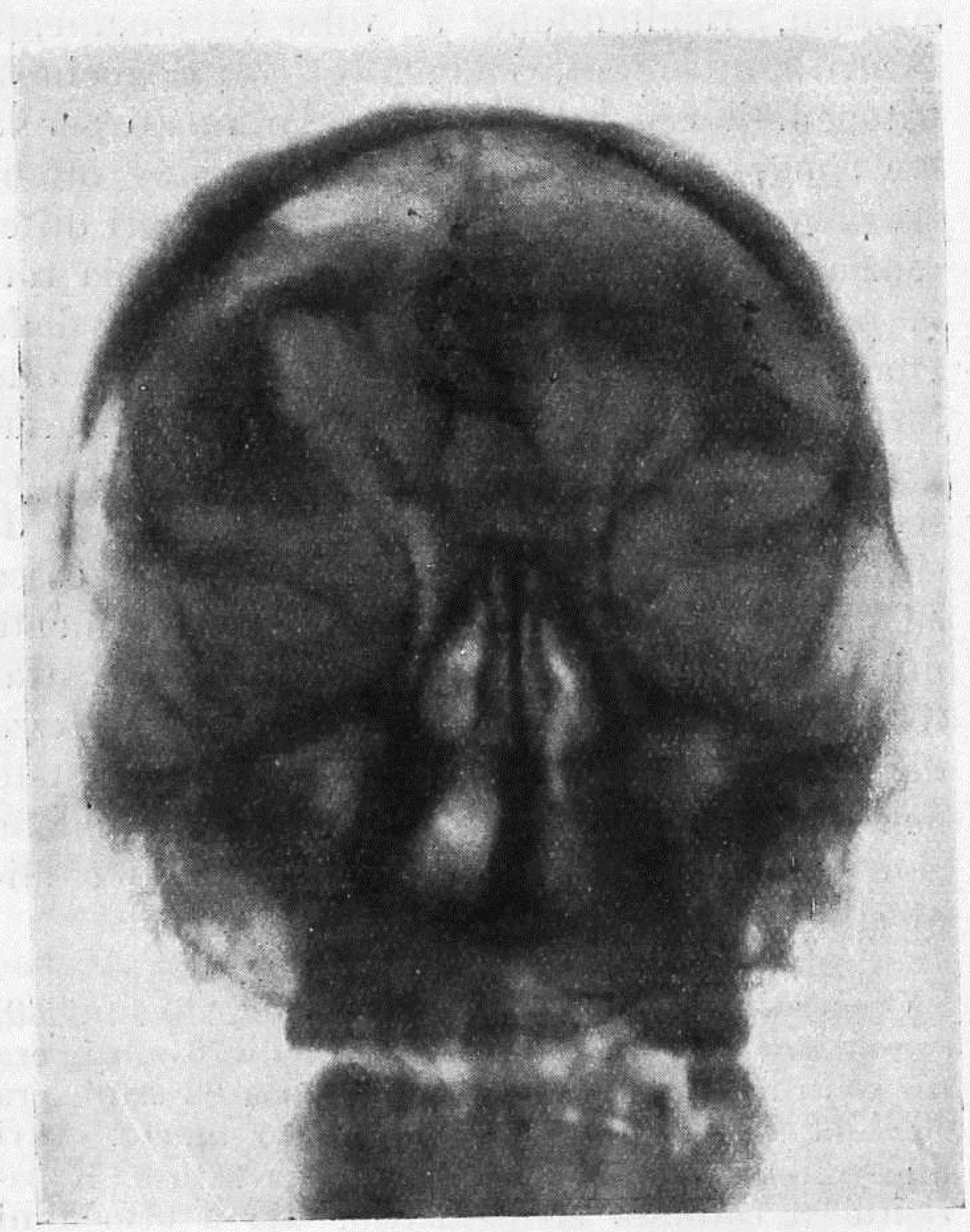
Osservazione personale. R. Gaetano, di anni 40, carrettiere. Il padre, morto all'età di 75 anni, era un sicuro luetico. La madre, morta a 82 anni, era strenua alcoolista. Un fratello nato morto. Altri due fratelli viventi e godono buona salute. Il paziente si confessa eredo-luetico. Già a otto anni sofferse di affezione osteomielitica alla gamba sinistra, che venne trattata chirurgicamente. A dodici anni ulcera corneale occhio D. e gomma alla regione orbitaria destra. È stato ripetutamente curato con preparati mercuriali. Coniugato con donna sana da cui ha avuto due figli tutt'ora viventi e sani; non aborti. Forte bevitore per il passato. Modico fumatore e mangiatore. Nega blenorragia e ulceri ai genitali. Riferisce di essere stato bene fino a otto anni fa quando cominciò ad accusare dolori intensi agli arti inferiori, particolarmente al ginocchio S., senza segni di infiammazione locale e generale. Detti dolori scomparvero dopo applicazioni anodine locali nel giro di qualche mese. Scomparve pure l'impotenza funzionale ad essi dolori legata, tanto che il paziente riprese il suo lavoro faticoso di carrettiere. La

deambulazione però, seppure possibile, era difficoltosa.

Ventidue giorni fa insorsero violenti dolori all'arto inferiore S., a esacerbazione notturna, accompagnati da tumefazione del ginocchio S. e febbre senza caratteri speciali con cuspidi che a volte toccavano i 38°. Assenza di sudorazione. Alvo chiuso da quattro giorni. Minzione regolare. Appetito diminuito.

E. O. Condizioni generali discrete. Cute e mucose rosee. Il paziente è in decubito semiseduto fisso, essendo dolorosi i movimenti. Pannicolo adiposo discreto. In corrispondenza della regione orbitaria destra, della forchetta sternale e dell'estremo distale della clavicola destra si notano cicatrici infossate aderenti al sottostante tessuto osseo. Leucoma corneale occhio destro.

Arto inferiore sinistro. Tibia a lama di sciabola, contorta sul suo asse, notevolmente ingrossata, presenta alla palpazione irregolarità della superficie ossea per quasi tutta la sua lunghezza, sotto



RADIOGRAFIA 1.

forma di salienze in parte liscie, in parte un po' scabre. Il ginocchio sinistro è tumefatto in toto, con segni di versamento. Non si apprezza il ballottamento della rotula. Lievi rumori di scroscio. I movimenti passivi sono parzialmente possibili ma provocano dolore; i movimenti attivi impossibili. La puntura esplorativa, ripetuta anche in seguito è negativa.

Torace: nulla di notevole.

Cuore: debordamento delle sezioni sinistre; 1° tono alla punta parafonico.

Addome: lievemente meteorico, trattabile, indolente. Fegato in basso si palpa a due dita sotto l'arco; milza un dito sotto l'arco di consistenza dura, indolente.

S. N.: nulla di notevole.

Ricerche speciali: pressione arteriosa (R.R.) Mx. 140, Mn. 80.

R. Wassermann nel siero di sangue: positiva completa. Azotemia: 0,24 ‰. Es. urine: nulla di notevole.

Puntura lombare: l'esame del liquor è completamente negativo.

Esame radiologico: cranio: proiezione laterale: ovunque si osservano zone di addensamento, quasi diffuse, con zone di rarefazione della grandezza dei nuovi doppi soldi, specialmente sulla regione frontale e poco più avanti del vertice. Proiez. sagittale (fronte sulla lastra): nettezza delle zone di rarefazione diffuse nella regione frontale, circondate qualcuna da zone di addensamento. (Rad. N. 1).

Articolazione anca destra: deformazione, schiacciamento e diminuzione del volume del collo e della testa del femore, che nel suo tratto prossimale diafisario si presenta discretamente rarefatto. A carico del margine cotiloideo si osservano zone di rarefazione di piccole dimensioni, mentre in altri tratti si rileva intensa osteofitosi. (Rad. N. 2).

Arto inferiore sinistro. (Rad. N. 3). *Femore*: nel suo segmento inferiore è deformato e intensamente opaco (osteo-periostite ossificante); *tibia* a lama di sciabola, con zone di minor trasparenza contigue a zone di addensamento specie nel 3° superiore. *Ginocchio*: i capi articolari hanno perduto la normale struttura ossea, ritrovandosi zone di rarefazione alternate con iperproduzione ossea ai margini con erosione, scabrosità ed irregolarità della corteccia del femore. Anchilosi parziale della interlinea articolare. Anchilosi totale della rotula.

Diario. 27-X-1933. Inizia Bijoduro di Hg. a giorni alterni e contemporaneamente una serie di Neo I.C.I. Temp. Mx. 37°,5.

31-X-1933. I dolori all'arto inferiore di sinistra sono più accentuati di prima. Si continua il trattamento antiluetico. Iniezioni di atrofina pare che riescano di qualche vantaggio per i dolori. Temp. 38°,1.

21-X-1993. Il paziente si lagna ancora di dolori osteocopi. Temp. 37°,6.

1-XII-1933. Temp. 37°,5. Il paziente è notevolmente deperito ed è assai depresso. Durante il giorno e la notte si lagna senza sosta di dolori estremamente violenti agli arti inferiori, specialmente a destra dove le masse muscolari sono ipotrofiche; nel ginocchio destro è comparsa tumefazione con segni di versamento. Colla puntura esplorativa si estraggono cc. 20 di liquido limpido, filante, mucoso, con Lucherini ++.

L'esame citologico mette in evidenza scarso numero di elementi morfologici (linfociti, qualche polimorfo-nucleato, diverse grosse cellule endoteliali), non germi. La R. W. praticata su tale liquido risulta negativa.

6-XII-1933. R. W. nel siero di sangue positiva completa.

14-XII-1933. I dolori sono notevolmente diminuiti. Temp. 37°.

30-XII-1933. S'inizia una nuova serie di Neo I.C.I. Temp. 36°,4.

27-II-1934. Persistono segni di versamento a carico del ginocchio destro. Si estraggono cc. 10 di liquido articolare gialliccio, che all'esame diretto e alle colture si dimostra sterile. La R. W. nel liquido articolare riesce positiva completa. Temperatura 36°,2.

30-III-1934. Il paziente asserisce di sentirsi assai bene. I dolori sono già da tempo completamente scomparsi. L'appetito è ritornato. Con questa data viene dimesso per sua volontà dall'Ospedale.

L'esame radiologico dell'arto inferiore destro dimostrò a carico dei capi ossei dell'articolazione del ginocchio discreto grado di rarefazione.

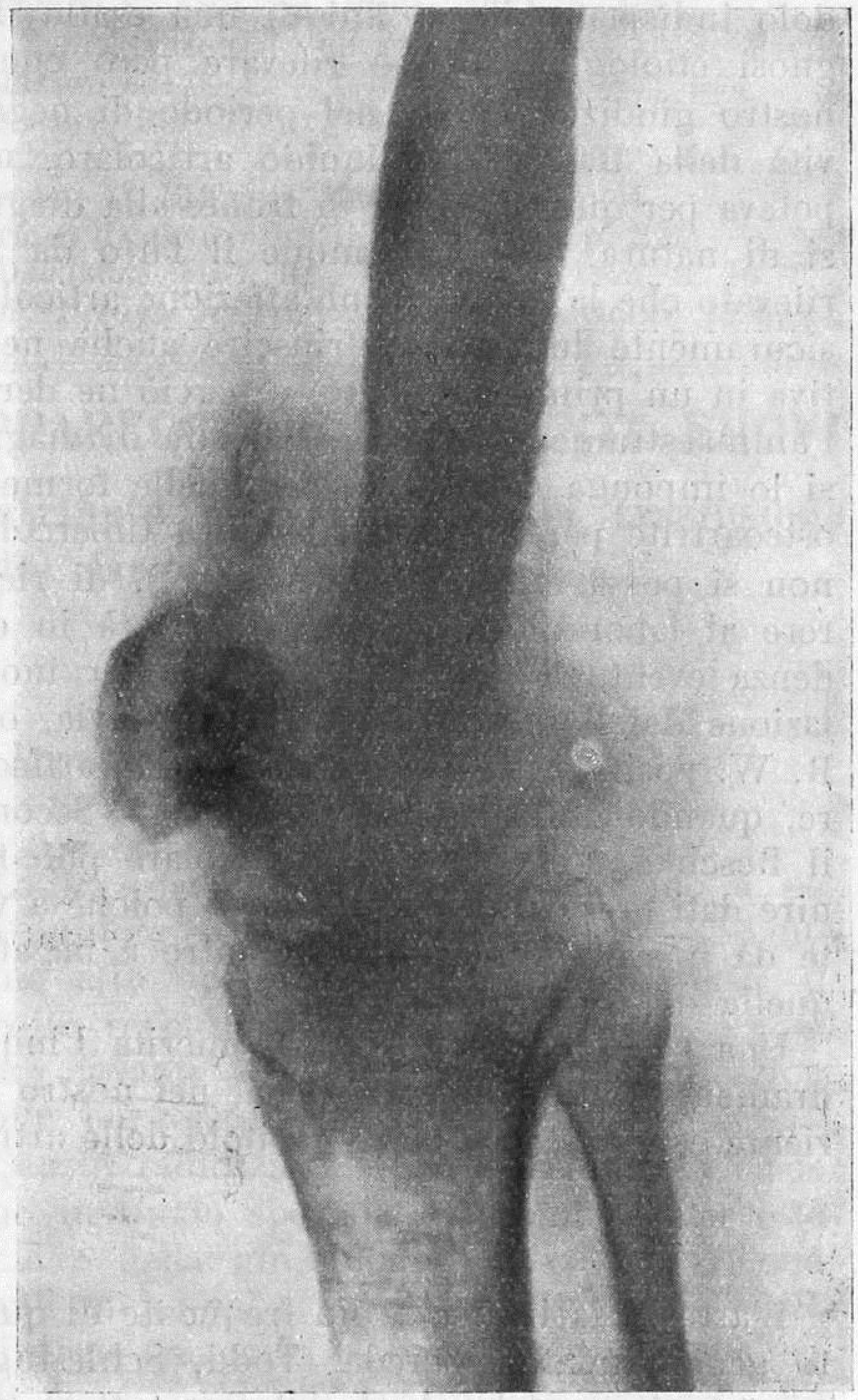
I dati anamnestici e l'esame obbiettivo del paziente chiaramente rivelavano la natura della malattia. Non è quindi sulla diagnosi che



RADIOGRAFIA 2.

conviene intrattenersi. Seguendo però le fasi delle lesioni molteplici osservate nel soggetto risalta già subito un fatto, che cioè l'infezione luetica, congenitamente stabilitasi, è tuttora in piena attività. Fece la sua comparsa all'età di 8 anni con una lesione osteomielitica (osteomielite gommosa) della tibia sinistra; all'età di 12 anni gomma alla regione orbitraria destra e ulcera corneale all'occhio destro; a 32 anni comincia la sintomatologia dolorosa agli arti inferiori, che dopo una pausa di anni si riaccende poco prima dell'ingresso in ospedale. Azione, quindi, distruttiva direi quasi a tappe, almeno per ciò che clinicamente è dato di osservare. La cura intensa specifica ha lasciato immodificata la reazione serologica; quale sarà la ulteriore tappa evolutiva del male?

A proposito di cura, caratteristico è stato l'esacerbarsi, con essa, dei dolori osteoarticolari. Questa reazione locale, vera reazione di focolaio di Herxeimer, rappresenterebbe, secondo lo Schlesinger ed altri, un sintomo capitale per la diagnosi di artrolue tardiva. Altro segno è



RADIOGRAFIA 3.

il carattere essenzialmente notturno dei dolori, già messo in evidenza dal Richet fin dal 1853 e modernamente ribadito dallo Schlesinger.

Particolare importanza assume il caso, ove si consideri il decorso febbrile dell'artrite luetica. Casi del genere sono stati descritti da Schlesinger, Ortigao Sampaio ecc. Quello che, poi, sembra strano e in realtà non è frequente, è il fatto che in pieno trattamento specifico, comparvero i segni di una compromissione del ginocchio destro, per lo innanzi indenne. Lo Strauss (1926) aveva notato come, per quanto il trattamento fosse prolungato, i migliora-

menti raggiunti al principio, in tempo relativamente breve, non presentavano in seguito altri progressi, non solo, ma in singoli casi si osservavano recidive. Nel nostro caso, insieme coi segni reattivi (dolore e febbre), o più esattamente con la esacerbazione di essi, si assisteva ad una nuova localizzazione articolare. Il liquido articolare, senza speciali caratteri in un primo tempo, presentò successivamente positività completa della R. W. Su questo dato insistono numerosi AA., ritenendolo indispensabile ai fini di una esatta diagnosi etiologica. Debbo rilevare però che il nostro giudizio, anche nel periodo di negatività della R. W. nel liquido articolare, non poteva per questo esitare di fronte alla diagnosi di natura. Vale comunque il fatto da noi rilevato che la R. W. in un'affezione articolare sicuramente luetica può riuscire anche negativa in un primo momento, e perciò ne deriva l'ammaestramento, ove la difficoltà di diagnosi lo imponga (in ispecie per quelle forme di osteoartrite per le quali la natura tubercolare non si possa clinicamente scartare), di ricorrere al laboratorio, il quale metterà in evidenza eventuali lesioni tubercolari per inoculazione del liquido articolare nella cavia, o la R. W. positiva nel siero e nel liquido articolare, quando ne è possibile il prelievo. Secondo il Reschke, l'essudato intraarticolare può fornire dati preziosi per la diagnosi, poichè a volte dà una R. W. positiva, mentre è negativa quella del siero.

Una considerazione speciale merita l'inquadramento delle lesioni articolari, nel nostro paziente osservate, nel vasto capitolo delle artriti.

***

L'artropatia luetica è più frequente di quanto generalmente si creda (Todd, Schlesinger) nonostante qualche A. la ritenga tuttora evenienza piuttosto rara (Schottmüller. Freund). La lues articolare può affettare tutte le forme cliniche di artriti e, diciamo subito, anche di artrosi, secondo la recente nomenclatura (Müller, Assmann). Essa può presentarsi tanto nella sifilide congenita come in quella acquisita, ed in questa tanto nel periodo secondario, come in quello terziario, essendo generalmente ammesso che le manifestazioni articolari della eredolue tardiva presentano molte analogie particolarmente con quelle della sifilide terziaria. È da notare anche che oggidì le forme acquisite hanno certamente visto diminuire la loro frequenza in ragione dei reali progressi diagnostici e terapeutici moderni.

Non è raggiunto l'accordo fra i varî AA. circa la localizzazione preferita dal processo morboso. Così, il Fournier assegna al ginocchio il ruolo di sede principale, mentre per il Friedmann l'articolazione dell'anca è il più spesso colpita, e per il Fourquet le caviglie, i polsi, le articol. sterno-clavicolari.

Dalle manifestazioni più semplici quali le *artralgie*, localizzate alle grandi articolazioni proprie del periodo secondario, alle *sinoviti subacute* in genere pauci-articolari, che colpiscono pure le grandi articolazioni, con scarso versamento articolare e si riscontrano nel periodo secondario ma anche nel periodo terziario e nell'eredolue, alle *idartrosi* con versamento che tende a recidivare passando p. es, da un ginocchio all'altro (idartrosi a bilancia), alle forme più rare di *perisinovite gommosa*, a decorso cronico e tendenza all'anchilosi, e finalmente alle *osteo-artriti sifilitiche*, è tutto un insieme di quadri clinici e anatomo-patologici che in realtà presentano frequenti interferenze fra di loro che talora rendono difficile la differenziazione.

Le osteo-artriti sifilitiche rappresentano senza dubbio un contingente elevato nelle artropatie luetiche, secondo alcuni AA., con localizzazione prevalente al ginocchio, nel quale vengono presi tutti i costituenti anatomici dell'articolazione. Già lo stesso nome indica la compartecipazione delle ossa al processo morboso. Ma non sta tutto qui. Dal punto di vista patogenetico ha importanza notevole la nozione che siffatte artriti, e aggiungiamo subito, gommose, mentre in una percentuale variabile, ma non alta, di casi iniziano come sinoviti gommose, generalmente però hanno punto di partenza nell'osso sottoforma di epifisiti gommose. Da qui l'ordinario processo di evoluzione può, fra l'altro (p. es. fistole, che tuttavia sono molto meno frequenti che nella tbc.) determinare erosioni della cartilagine di incrostazione con successiva invasione della cavità articolare ed interessamento delle varie parti dell'articolazione, ovvero rispettare la cartilagine ma rappresentando tuttavia per la membrana sinoviale uno stimolo continuo o intermittente (onde versamenti articolari a varia fisionomia clinica).

Le conseguenze remote è facile immaginarle. All'erosione della cartilagine di incrostazione fanno seguito alterazioni varie dei capi articolari con irregolarità nel contorno, infossamenti, e proliferazioni e apposizioni osteofitiche; all'interessamento della membrana sinoviale e delle altre parti molli la graduale anchilosi totale o parziale, fibrosa o ossea. In altri termini viene a crearsi un quadro che partecipa tanto del carattere proprio delle artriti quanto di quello

delle artrosi. Artrite anchilosante e artrosi deformante. Ma nel caso della sifilide, trattandosi di un processo a etiologia nota e cioè essenzialmente infiammatorio, è ovvio che alla denominazione di artrosi possa e debba meglio sostituirsi quella di artrite, o, se vogliamo, di osteoartrite deformante, rispettandosi sempre la peculiarità dell'inizio del processo non già a carico dei componenti molli dell'articolazione, ma a carico della cartilagine e dell'osso, e specificatamente, per un processo infiammatorio come quello luetico, dell'osso.

Un tipico esempio di quanto siamo venuti esponendo si può ritrovare nel caso da noi illustrato. L'arto inferiore sinistro, infatti, sede di vecchie lesioni, non sopite, a carico della tibia, a distanza di tempo presenta a carico del ginocchio quelle gravi e multiformi alterazioni che l'esame radiologico chiaramente ha posto in rilievo; alterazioni, ripetiamo, del tipo anchilosante e deformante ad un tempo, con la verosimile successione patogenetica sopra accennata.

L'articolazione dell'anca destra colpisce, dal canto suo, per la gravità delle alterazioni di tipo deformante; la testa e il collo del femore, schiacciate, ridotte considerevolmente di volume, sono irriconoscibili, mentre si rileva intensa produzione di osteofiti.

Per quanto riguarda il ginocchio destro il giudizio prognostico nostro deve essere subordinato all'intenso trattamento specifico praticato e al fatto che, radiologicamente, non si apprezzano particolari lesioni osteo-articolari, mentre dal lato funzionale non può dirsi che le cose vadano male. Con tutto ciò dobbiamo porre le nostre riserve sul destino di questa articolazione, ben sapendo che a volte l'infezione luetica, sopratutto nelle sue forme di localizzazione scheletrica, continua la sua avanzata distruttiva inesorabilmente, e, particolarità questa degna di nota, talora subdolamente senza attirare l'attenzione dell'infermo e senza compromissione dello stato generale.

RIASSUNTO.

L'A. ha illustrato dal punto di vista radiologico, patogenetico e clinico un caso di sifilide congenita ossea e articolare.

L'artrolue congenita presenta un polimorfismo clinico notevole. Va segnalata, fra l'altro, la possibilità che in corso di trattamento specifico insorgano patimenti (nuove localizzazioni?) a carico di distretti osteoarticolari per lo innanzi clinicamente indenni.

La R. W. accuratamente praticata nel liquido endoarticolare, non esclude, se negativa, la natura luetica, potendosi verificare anche il caso che un prelevamento successivo fornisca un risultato di positività completa.

BIBLIOGRAFIA.

AVERINOS. Journ. de Méd. de Paris, 12 aprile 1925.
BERNUCCI. Giorn. Ital. di Dermat. e Sifil., 1922, v. 63, pag. 588.
CAPPELLI. Giorn. Ital. di Dermat. e Sifil., 1922.
DUFOUR H. Soc. Med. des Hôp. de Paris, sed. 12 marzo 1915; sed. 21 luglio 1921; Revue Méd. Franc., dicembre 1924.
FOURNIER E. Ann. de Derm., 1901, p. 1081.
ID. *Syphilis héred. de l'âge adulte*, 1912, Paris, Masson ed.
GIUNTINI. Ref. Zentr., 25, 488.
JOSEPH e LUSER. Rad. Med., 132, 1931.
MASELLI V. Riforma Medica, n. 3, 1934.
ORTIGAO SAMPAIO. Brazil Med., 1923, p. 227.
SCHLESINGER. Med. Kl., 1923, n. 13; 1924, n. 16.
TODD. British Journal of Surgery, ottobre 1926.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI

Contributo alla tecnica della trasfusione del sangue.

Un nuovo apparecchio.

Dott. PIO BOSI,

Direttore Chirurgo dell'Ospedale Civile
San Sebastiano in Correggio Emilia.

La trasfusione del sangue, che fino a pochi anni or sono, veniva considerata soltanto come atto operativo riparatore d'urgenza di perdite repentine di sangue, si trova ora ad avere davanti a sè un orizzonte di indicazioni molto più vasto.

Qeuste indicazioni, che un tempo risiedevano in modo speciale nel campo della ostetricia e della ginecologia, sono state riconosciute anche nei campi della medicina e della Chirurgia generale, sì che la trasfusione oggidì viene assai più largamente praticata con risultati soddisfacenti.

Certo che lo studio di questo genere di terapia deve essere ancora approfondito, onde ne possa essere messo in chiara luce il suo vero valore, il quale si presume possa assumere un giorno una importanza enorme, specie se si potrà provare, come oggi si ha ragione di credere, che la trasfusione del sangue di individuo già affetto da forma infettiva, possa essere usata a scopo curativo per quella stessa malattia; e che l'uso del sangue in toto abbia un valore terapeutico maggiore di quello riconosciuto all'uso di siero dello stesso sangue.

E ciò è logico: se ormai è universalmente ammesso che il siero di convalescente di for-

ma infettiva, è di efficacia indiscutibile per la cura di quella stessa malattia, a maggior ragione si deve pensare che sia maggiormente efficace la trasfusione del sangue in toto, dato che in tal modo si trasfondono pure quegli elementi solidi che certamente hanno contributo a conferire al siero la sua proprietà immunizzante-curativa, e che tale attività possono conservare ed esercitare anche sul siero del sangue dell'ammalato che si vuole curare.

È ovvio quindi che la ricerca di una tecnica che renda facile la trasfusione e le tolga i maggiori pericoli, si faccia oggi più intensa; anche allo scopo di dare al medico pratico, che è costretto ad esercitare la sua professione lontano dalle corsie d'ospedale, almeno il modo di poter soccorrere nel momento della urgenza.

La tecnica della trasfusione deve essere perciò semplice, poichè proprio dalla semplicità di essa dipende la possibilità della sua massima diffusione.

Aggiungo anch'io un apparecchio ai numerosi già esistenti, e che a mio giudizio risponde al concetto di una grande semplicità pratica, ed offre nel contempo la massima garanzia nei riguardi dell'asepsi.

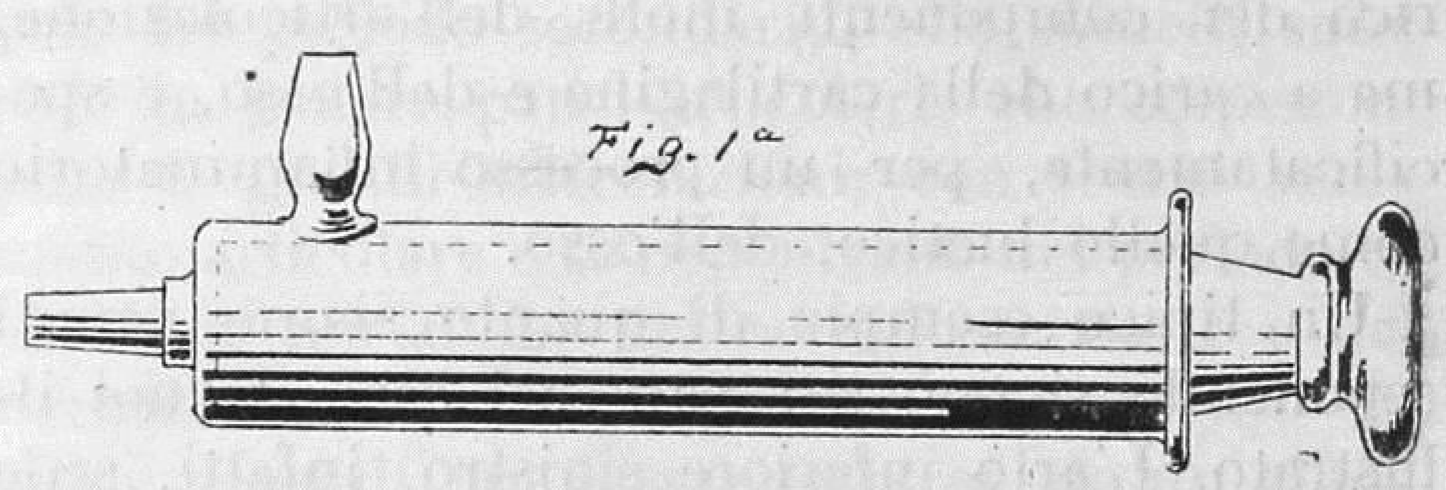
Ho voluto inoltre che fosse tale da garantire al massimo il rispetto del sangue nei riguardi dei traumi che esso inevitabilmente subisce durante le manovre eseguite per il suo passaggio da un organismo ad un altro.

Il sangue è un tessuto che racchiude ancora in sè stesso molti segreti: perciò deve essere rispettato al massimo grado onde non alterarlo nella sua compagine fisiologica che il meno possibile.

Nei riguardi della citratazione o meno del sangue che viene trasfuso, pur attribuendo un grandissimo valore alle tendenze che oggi sono ad essa contrarie, mi sono convinto che non si debba per ora abbandonarla. Me ne sono convinto perchè vedo ancora praticamente difficile la trasfusione del sangue puro con garanzia della sua integrità dato che attualmente coi mezzi che abbiamo a disposizione esso viene sempre sottoposto a traumi non indifferenti e quindi a pericoli che a mio parere rappresentano sempre un rischio maggiore di quello che non sia la citratazione, per quella stessa integrità che in modo assoluto dobbiamo rispettare per conservarla.

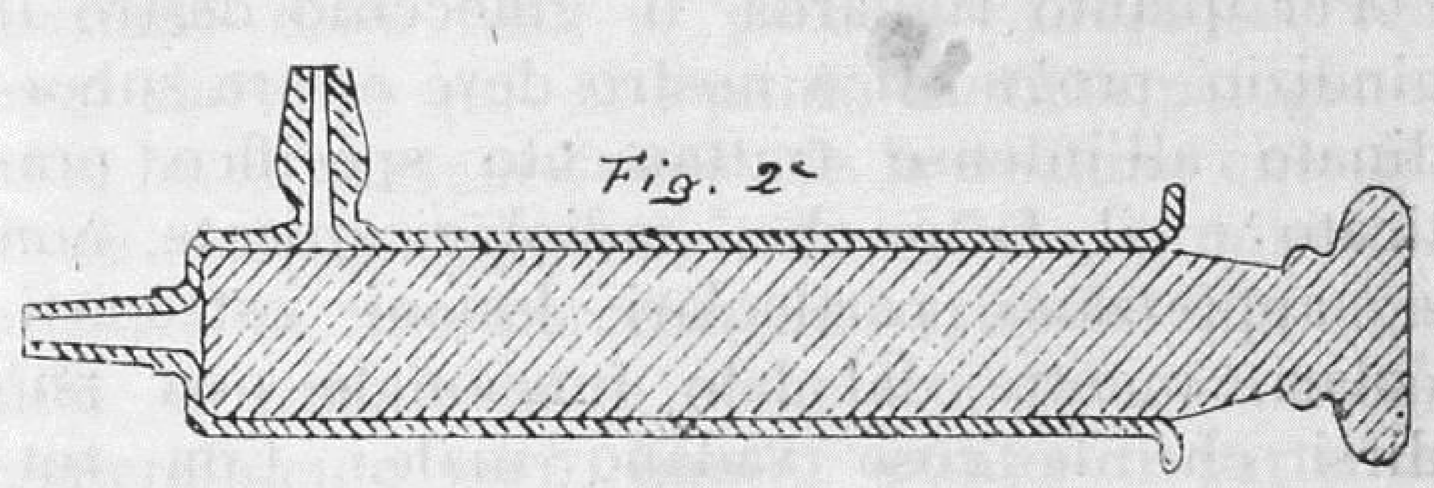
Mi sono preoccupato però che il sangue prelevato dal donatore possa essere trasfuso subito al ricevente anche perchè l'azione del citrato di soda non venga a lungo protratta sulla piccola massa, ma venga piuttosto portata al suo minimo con la massima diluizione nella massa totale del sangue del ricevente.

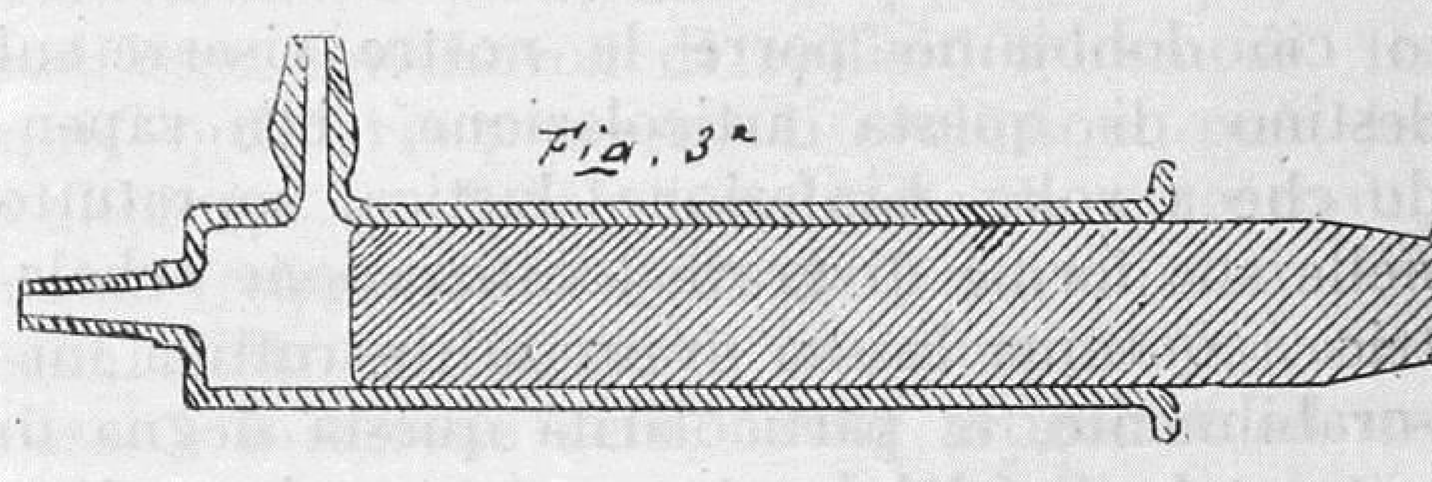
Il mio apparecchio si presenta, grossolanamente osservato sotto la forma di una comune siringa di vetro per iniezioni, modificata nel senso che essa è munita nel suo corpo, a breve distanza dal fondo, di un secondo orificio con beccuccio ad oliva (fig. 1).



Questa modificazione toglie alla siringa le sue caratteristiche di strumento per iniezioni, e lo trasforma in puro e semplice strumento di passaggio.

Anche la funzione dello stantuffo è radicalmente modificata poichè nel mio apparecchio trasfusore esso serve a permettere o meno, e più o meno, a seconda della sua posizione la comunicazione fra i due orifici dell'istrumento, (confronta fra loro le figure 2 e 3) mantenendo la sua funzione di stantuffo solamente per quel brevisimo tratto di istrumento che intercede fra il suo fondo e l'orificio laterale.



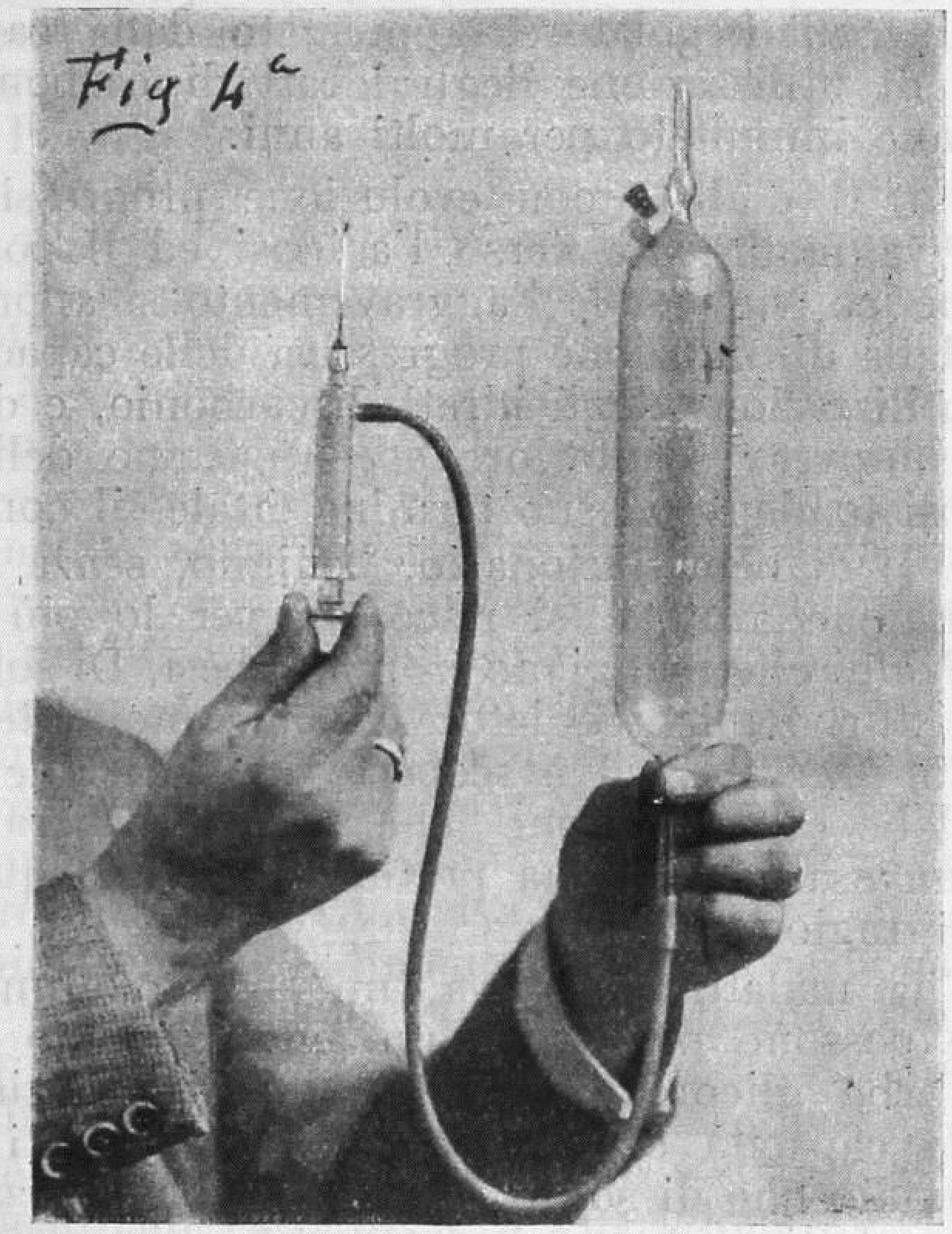


Questo apparecchio serve in modo speciale per la trasfusione del sangue, ma trova la sua applicazione anche nelle estrazioni semplici di sangue (salassi) e nelle fleboclisi levando alla tecnica di queste ultime il pericolo grave delle embolie.

Mi limito a descrivere la tecnica da seguire per la trasfusione del sangue, la quale comprende necessariamente nel suo primo tempo la descrizione della estrazione semplice di esso (salasso) e nella descrizione del secondo tempo anche quella della fleboclisi.

Proceduto alla sterilizzazione dell'apparecchio che può essere fatta con la ebollizione, e sulla quale ora non mi soffermo, scelto il do-

natore, lo strumento viene approntato nel seguente modo: si raccorda il beccuccio laterale ad oliva del trasfusore a mezzo di un tubo di gomma della lunghezza fra i quaranta ed i cinquanta centimetri col beccuccio di fondo del recipiente di raccolta (fig. 4). È consigliabile che questo recipiente sia cilindrico come rappresentato nella figura, ed in tutto simile come forma alle fiale che si usano per le ipodermoclisi, le quali presentano ad entrambi i loro estremi la possibilità dell'innesto di un tubo di gomma, e graduato a mo' di cilindro.



Si applica al beccuccio di fondo del trasfusore un ago per iniezioni di calibro piuttosto grosso, e mentre si mantiene lo stantuffo in posizione di chiusura (fig. 2), si introduce nel recipiente di raccolta, attraverso all'orificio superiore di esso, la soluzione di citrato di sodio, nella quantità di circa 10 cc. di soluzione all'uno per cento per ogni prelevamento di 250 cc. di sangue.

Applicato un laccio al braccio del donatore, previa la solita disinfezione della cute, si introduce l'ago obliquamente nella vena della piega del gomito che si sia resa maggiormente evidente per l'applicazione del laccio; indi si ritira lentamente lo stantuffo fino a rendere libero l'orificio laterale (fig. 3).

L'estremo distale dell'istrumento, in questo momento si riempirà di sangue; fatto questo che conferma che l'ago si trova nel lume vasale.

Un assistente allora, cui sia stato preventivamente affidato il compito di reggere il recipiente, porta questo al più basso livello possibile consentito dalla lunghezza del tubo di gomma. Si vede allora il sangue a scendere facilmente e a raccogliersi nel recipiente, dove, trovando la soluzione di citrato di soda, è costretto a mescolarsi ad essa, poichè anche il sangue entra nel recipiente dal suo fondo, dove naturalmente trovasi pure la soluzione medesima.

Il sangue continua così a defluire fino alla quantità voluta, obbedendo sia alla legge di gravità, e sia alla pressione endovenosa resa positiva dalla presenza del laccio.

Ottenuta la quantità voluta di sangue, che viene misurata a mezzo della scala segnata sulla parete del recipiente di raccolta, si interrompe il passaggio del sangue, spingendo lo stantuffo fino al fondo dello strumento. Si toglie il laccio e si ritira l'ago dalla vena.

Allo scopo di togliere inconvenienti dal lato pratico, dovuti alla possibile rapida coagulazione di quel sangue che rimane raccolto nel tubo di gomma, e che evidentemente non è reso incoagulabile perchè non ha raggiunto il liquido anticoagulante, si innesta all'estremo superiore del recipiente un nuovo tubo simile al primo e già raccordato ad un altro strumento trasfusore che sia in posizione di chiusura, munito esso pure di un ago uguale a quello usato nel primo tempo.

Fatto ciò, si capovolge lentamente il recipiente, lo si libera del tubo di gomma e dell'istrumento che hanno servito per il prelevamento del sangue, si caccia l'aria contenuta nel nuovo tubo e nell'ago ritirando momentaneamente lo stantuffo fino all'orificio laterale e sino a tanto che esca il sangue a getto continuo dall'ago. A questo punto, tutto è pronto per la trasfusione vera e propria.

Con tecnica analoga a quella descritta per il prelevamento del sangue, si procede alla trasfusione di esso, introducendo l'ago in una vena della piega del gomito del ricevente, badando naturalmente di togliere il laccio dal braccio non appena che col ritiro lento dello stantuffo fino all'orificio laterale, si vede riempita di sangue la celletta che ne deriva all'estremo del trasfusore, e si sia resa così possibile la comunicazione tra loro dei due orifici.

Il recipiente contenente il sangue, sarà tenuto elevato solo quel tanto necessario che sia sufficiente a determinarne per legge di gravità la caduta, che avverrà obbedendo alla legge medesima e che nel tempo stesso sarà facilitata dalla pressione negativa endovena.

Naturalmente si deve interrompere l'operazione prima che il tubo di gomma si sia pur esso vuotato, e ciò per impedire la possibile penetrazione di aria nella vena.

Ho esperimentato molte volte questo apparecchio e questo sistema, ed ora posso dire con soddisfazione che non mi sono mai occorsi incidenti di sorta che abbiano reso questa tecnica meno facile di quanto essa possa apparire in una descrizione schematica.

Tanto le operazioni di prelevamento che di immissione sono sempre riuscite perfettamente, grazie però alla esclusione di quella quantità di sangue che rimane necessariamente non citratata a riempire il tubo di gomma usato nel primo tempo di operazione.

Gli elementi solidi del sangue sono così rispettati al massimo, perchè non sono traumatizzati nè da eccessive manovre, nè da pressioni più forti di quelle che essi possono tollerare, non solo; ma ancora perchè sono sempre mantenuti isolati dall'ambiente esterno, ed infine perchè possono essere rimessi in tempo assai breve in un ambiente per essi normale e così sottratti al più presto all'azione concentrata, (se concentrata la si può ritenere) del citrato di sodio, che nell'interno di un organismo potrà ritenersi diluito in eccesso e di conseguenza anche certamente innocuo.

Questa è la tecnica che mi pare che debba trovare sia per la sua semplicità, sia per il costo evidentemente modesto dell'apparecchio, ragioni di diffusione; ma qualsiasi possa essere il sistema di raccolta e di misurazione intermedio, ho la convinzione che il trasfusore da me ideato possa sempre trovare il suo impiego per la messa in comunicazione tra loro del donatore col ricevente togliendo di mezzo il pericolo delle embolie.

RIASSUNTO.

L'A. presenta un nuovo apparecchio da lui ideato per la pratica della trasfusione del sangue, che facilita tale operazione. Consiste in una siringa comune di vetro, modificata nel senso che presenta un secondo orificio sulla sua parete laterale. Per mezzo di questo strumento è possibile estrarre con facilità il sangue dalla vena del donatore, e raccoglierlo in un recipiente di vetro che viene raccordato allo strumento stesso; e con altrettanta facilità procedere alla trasfusione vera e propria, senza che il sangue subisca mali trattamenti, senza che esso sia esposto ai rischi da contatto con l'ambiente esterno; e senza che vi siano pericoli di embolie.

SUNTI E RASSEGNE

DIABETE.

L'evoluzione del diabete.

(M. LABBÉ. *Nutrition*, 1934, tome 4, n. 2).

Le abituali descrizioni cliniche del diabete non danno un'idea esatta della sua evoluzione. Si descrivono varie forme a seconda la sintomatologia o la gravità del male, ma non se ne delinea l'evoluzione.

A tale riguardo si distinguono due grandi tipi:

1) Il diabete stazionario, nel quale il disturbo glicoregolatore, apprezzato dalla capacità di utilizzazione degli idrati di carbonio, rimane immutato per molti anni.

2) Il diabete con evoluzione progressiva, che va fatalmente verso l'acidosi ed il coma diabetico, nel quale l'aggravamento si apprezza dalla diminuzione progressiva delle capacità di utilizzazione degli idrati di carbonio, e dalla comparsa e ulteriore accentuazione dell'acidosi tendente al suo termine fatale, il coma.

1. Il diabete stazionario, benigno, senza denutrizione azotata, si riscontra per lo più in individui che mangiano troppo, obesi. Di solito il disturbo glicoregolatore rimane molto tempo inosservato, ed è scoperto in occasione di qualche complicazione che lo smaschera, o di un esame di urina praticato per una qualsiasi ragione.

Una malattia infettiva, un eccesso alimentare possono provocare un aggravamento del disturbo glicoregolatore e una diminuzione della capacità di utilizzazione degli idrati di carbonio che di solito regredisce con la scomparsa dell'accidente rivelatore o persistere senza però diventare il punto di partenza di una evoluzione progressiva.

Tali forme sono sicuramente influenzate dalle cure dietetiche (digiuno, semidigiuno), le quali provocano un aumento netto della capacità di utilizzazione.

Gli aggravamenti provocati dagli eccessi alimentari o dalle infezioni intercorrenti, i miglioramenti dovuti alla riduzione alimentare, provano che il diabete benigno è sensibile alla influenza delle varie condizioni patologiche e fisiologiche, ma è certo che all'infuori di queste condizioni il diabete senza denutrizione azotata convenientemente trattato non progredisce e si mantiene ad un grado di gravità costante La vita del soggetto è appena raccorciata.

2. Il diabete evolutivo, grave con denutrizione azotata e acidosi si manifesta senza cause apprezzabili in individui che non sono mangiatori e obesi, donde il nome di diabete magro in opposizione di diabete grasso.

L'ereditarietà si trova nel 35 % dei casi.

L'inizio è brusco: la malattia si manifesta con una grande sindrome di iperglicemia con polidipsia, poliuria, glicosuria, che si stabilisce in breve tempo. In questo momento la capacità di utilizzazione degli idrocarbonati è ancora abbastanza elevata: glicosurie anche notevoli possono essere rapidamente ridotte dal solo regime dietetico, senza insulina. Nel periodo iniziale il diabete grave si comporta come quello benigno.

Tuttavia con l'andare del tempo anche se l'individuo osserva una dieta opportuna, anche se non si verificano complicazioni intercorrenti, la malattia assume la sua forma progressiva. La glicosuria ricompare e si accompagna ad acidosi, e per farla scomparire bisogna ridurre ancora gli idrati di carbonio della dieta o somministrare l'insulina.

Per qualche tempo si può stabilire ancora un equilibrio, ma a seguito di un'infezione, di uno scarto dietetico o anche spontaneamente si ha un nuovo aggravamento, la glicosuria e l'acidosi ricompaiono, il malato dimagra. Si è costretti a ridurre ancora gli idrati di carbonio, ad aumentare le dosi d'insulina, e così progressivamente. Il diabete diviene « totale », l'insufficienza pancreatica interna è completa.

Si ritenne che l'impiego dell'insulina dovesse modificare l'evoluzione della malattia ristabilendo il metabolismo fisiologico. Nel 1926 Banting riportava casi di diabete grave curati con la dieta e l'insulina, che avevano regredito e nei quali la capacità di utilizzazione degli idrocarbonati ritornava tale da consentire l'aumento dell'alimentazione idrocarbonata e la riduzione della somministrazione d'insulina. Egli pensava che prolungando la cura insulinica potesse ottenere la guarigione, ma le sue speranze sono fallite: non è stato mai pubblicato un caso di vera guarigione.

Sta di fatto che l'insulina rallenta ma non arresta il progresso della malattia. Malgrado la cura, nei primi anni del male il disturbo glicoregolatore si aggrava e la capacità di utilizzazione idrocarbonata si abbassa, di modo che per sopprimere la glicosuria si è costretti a ridurre sempre più gli idrati di carbonio e ad elevare le dosi di insulina. Solo dopo parecchi anni di aggravamento progressivo il diabete, divenuto totale o arrestato nella sua evoluzione, comincia a subire una regressione sotto l'influenza dell'insulina.

Ioslin considera il primo anno di malattia come il più pericoloso e ritiene che quando sia stato superato vi siano per il soggetto probabilità di vivere a lungo. Ma sembra che questo periodo evolutivo sia più duraturo: di solito solo dopo tre o quattro anni si verifica l'arresto della malattia o anche la guarigione. Naturalmente per ottenere questo successo oltre che il rigoroso regime dietetico occorre la insulina.

La distinzione delle due forme di diabete, stazionario ed evolutivo, ha solo un'importanza progonostica e non etiopatogenetica.

Ambedue sono determinate da insufficienza della secrezione interna del pancreas, ma mentre la prima ha un decorso benigno nel senso che non si osserva che a seguito di complicazioni, la seconda si aggrava spontaneamente e fatalmente.

La distinzione ha, d'altra parte, un grande interesse terapeutico.

La forma benigna di solito non ha bisogno di essere trattata con l'insulina, mentre la seconda fin dal principio, anche quando la glicosuria cede al regime dietetico, deve essere curata con l'insulina. DR.

Le complicazioni nervose periferiche del diabete.

(M. LABBÉ, R. BOULIN, L. JUSTIN-BESANÇON e H. DESOILLE. *Nutrition*, 1934, t. IV, n. 2).

Le lesioni nervose periferiche, a parte i disturbi sensoriali e neuritici delle gangrene, che possono verificarsi nel corso del diabete, sono molteplici. Mentre dal punto di vista clinico sono abbastanza ben definite, la loro anatomia patologica ed il loro meccanismo patogenetico rimangono ancora incerti. Sono stati talvolta riscontrati processi neuritici segmentari periassili, ma il più delle volte non si riscontra alcuna alterazione, tanto che molti AA., e tra questi Williamson e Nonne, pensano trattarsi di disturbi puramente funzionali. Sperimentalmente non si è mai riusciti a riprodurre lesioni nervose diabetiche mettendo a contatto con i nervi soluzioni zuccherine, l'acido diacetico o l'acido oxybutirico. Solo con l'acetone Tinel avrebbe ottenuto vaghe lesioni nervose. Manca quasi ogni elemento per definire i fatti che provocano tali disturbi.

Le complicazioni nervose periferiche del diabete, esclusi i disturbi sensoriali e neuritici delle gangrene, possono così classificarsi: neuralgie, paralisi isolate o mononeuriti, polineuriti simmetriche (sensitive, amiotrofiche o pseudotabetiche), abolizione isolata dei riflessi tendinei.

Per quel che riguarda le neuralgie è a notare innanzi tutto che molte volte si tratta di coincidenza. Tuttavia vi sono casi nei quali la neuralgia è veramente dovuta al diabete, e ciò si può riconoscere dal decorso del disturbo, nel senso che neuralgie resistenti a tutte le altre cure finiscono per migliorare con il miglioramento dello stato generale del paziente, colla riduzione della glicosuria e della glicemia.

Sono state descritte paralisi sciatiche, facciali e oculari di origine diabetica. Anche per queste forme non si ha alcun criterio per distinguerle dalle forme di altra natura. Tali paralisi quando sono di origine reumatica di solito guariscono spontaneamente o con cure adatte. Il criterio quindi della loro guaribilità con il miglioramento della stato del paziente

non è sufficiente a garantirne l'etiologia diabetica. Lo stesso può dirsi delle polineuriti.

L'abolizione isolata dei riflessi tendinei è frequente nei diabetici, ma essa più che da modificazioni umorali sembra dipendente da disturbi della circolazione degli arti inferiori.

Comunque la frequenza delle manifestazioni nervose nel corso del diabete è stata supervalutata. Una larga osservazione ospedaliera ha dimostrato che il numero di esse non supera il 3 % dei diabetici. E questa cifra è anche superiore a quelle fornite da altri AA. Kraus su 700 diabetici trovò un solo caso di polineurite ed il soggetto era alcoolizzato.

Non è dubbio che molte manifestazioni nervose che si verificano nel corso del diabete sono dovute ad altre condizioni. Nei diabetici come nei non diabetici si può avere la sifilide, l'alcoolismo, il reumatismo vertebrale, ed altre affezioni capaci di provocare disturbi nervosi di vario genere.

Si spiega così come polineuriti alcooliche con glicosuria da insufficienza epatica possono essere state scambiate con polineuriti diabetiche, come alcune paralisi oculari con glicosuria di origine nervosa siano state considerate diabetiche. Dieulafoy pensava che tutte le paralisi oculari diabetiche erano di origine centrale e faceva rilevare che il territorio del pavimento del quarto ventricolo la cui puntura provoca glicosuria è prossimo ai nuclei dei nervi paralizzati nei diabetici.

D'altra parte è possibile che casi di paralisi dell'oculomotore esterno di origine centrale siano stati attribuiti al diabete, mentre al lume delle attuali conoscenze si sarebbero riconosciuti dipendenti da sifilide nervosa o da encefalite letargica che possono accompagnarsi a paralisi del sesto nervo e glicosuria.

Alcune polineuriti osservate nel corso del diabete devono verisimilmente mettersi in conto di disturbi dell'irrigazione sanguigna, come è provato dall'indice oscillometrico e dalla frequenza delle arteriti diabetiche.

In conclusione i fatti clinici tendono a provare che le manifestazioni nervose periferiche dovute al diabete sono rare, e devono quindi considerarsi come complicazioni e non come sintomi rivelatori. Le neuralgie veramente diabetiche cedono rapidamente quando si sopprime l'iperglicemia. Le paralisi isolate e le polineuriti sono eccezionali e anche esse scompaiono con la scomparsa dell'iperglicemia. La impotenza muscolare di cui si lamentano i diabetici è dovuta in parte ad un deficit circolatorio. DR.

Diete ad alto contenuto di idrati di carbonio ed efficienza insulinica.

(H. P. HIMSCOWH. *The British Med. Journ.*, 14 luglio 1934).

Negli ultimi quattro anni è aumentato l'uso di diete contenenti relativamente grande quantità di idrati di carbonio nella cura del diabete mellito e il successo di queste diete ne diffonderà ancora l'uso.

L'utilità delle diete idrocarbonate nei diabetici fu notata solo dopo la scoperta dell'insulina, quindi c'è certamente nel diabetico la possibilità di stimolare l'utilizzazione degli idrati di carbonio, ma questa stimolazione si può avere solo fornendo insulina.

Ricerche sperimentali di Allen, precedenti l'insulina, hanno dimostrato che nel cane non completamente spancreatizzato una dieta scarsa di idrocarbonati non lo fa diventare diabetico come invece succede per una dieta ricca di idrocarbonati. In questo secondo caso, il ritorno ad alimentazione povera di idrocarbonati non migliora il diabete.

Sul principio l'insulina si adoperava solo in aggiunta alla dieta di Allen, ma poi si cominciò ad usare con diete sempre più ricche di idrocarbonati. Si è visto poi che la quantità di insulina in queste diete non deve essere necessariamente proporzionata alla quantità degli idrati di carbonio, nel senso che non occorre sempre aumentare la dose aumentando gli idrocarbonati. Allen sostiene persino che più carboidrati si danno e meno insulina è necessaria per metabolizzare ogni grammo di glucosio.

Nel 1919 Hamman e Hirschman hanno descritto il fenomeno che oggi si chiama effetto di Staub-Traugott: se si danno ad un sano due dosi consecutive di glucosio, l'iperglicemia della seconda dose è minore della prima. Secondo Macleod la prima dose di glucosio sensibilizza il meccanismo di secrezione dell'insulina.

Bainbridge e Hynod e Rotter hanno veduto che animali presentano più presto convulsioni da insulina colla dieta idrocarbonata che con quella grassa. Le diete idrocarbonate sensibilizzano all'insulina.

L'A. ha voluto studiare il rapporto fra tolleranza allo zucchero e sensibilità all'insulina in soggetti sani. Egli studiò la curva glicemica a dieta ricca di idrocarbonati e povera di grassi e a dieta povera di idrocarbonati e ricca di grassi. Nel primo caso la tolleranza al glucosio era aumentata e, dando insulina, la sensibilità a questa era maggiore.

Ellis ha dimostrato che anche nel diabetico la dieta con carboidrati è benefica non per stimolazione maggiore della secrezione pancreatica ma per sensibilizzazione all'insulina.

Le forme di così detta insulino-resistenza (in un caso non si aveva effetto nemmeno con 1600 unità quotidiane di insulina) si possono probabilmente spiegare colla diminuita azione sensibilizzatrice del glucosio e forse esistono forme di diabete dovute non a diminuita secrezione pancreatica ma a diminuita sensibilità all'insulina.

R. LUSENA.

La terapia insulinica del diabete.

(E. GRAFE. *Mediz. Welt*, 27 ott. 1394).

In un recente articolo l'A., partendo dal concetto che l'insulina costituisce il rimedio specifico e sostitutivo del diabete mellito, osserva che la persistente alta mortalità per diabete è dovuta più che altro al fatto che le modalità dell'insulinoterapia non sono abbastanza note al medico pratico. L'A. cerca pertanto di riassumere in grandi tratti le possibilità e le indicazioni precise del trattamento insulinico specie per il paziente curato a domicilio, impartendo delle direttive pratiche. Difatti occorre notare come la maggioranza degli infermi ristabilitisi per cure ospedaliere, trascurano la terapia insulinica dopo essersi dimessi; fra le cause molteplici di questo fenomeno figurano non all'ultimo posto anche le paure infondate e talora perfino l'indolenza del medico curante, il quale cede alle insistenze del malato cui pesa la « fastidiosa » e « costosa » cura insulinica.

Le basi fondamentali della terapia d'urgenza del coma o precoma diabetico sono ormai a tutti note. Il successo di questa è in parte anche in funzione della precocità dell'intervento terapeutico; il coma dopo 24 ore è fatalmente mortale. L'A. raccomanda l'associazione dei cardiotonici all'insulina; spesso sono le condizioni del circolo quelle che pregiudicano la sorte del malato; indicato sarebbe perciò l'intervento energico sotto forma di strofanto endovenoso. Non appena dunque accertato il coma diabetico si somministrino 50 u. insuliniche seguite da 50 cc. di glucosio a 20 % e da 0,3 mgr. di strofanto endovena. Segue un intervallo di 3-4 ore, durante il quale possono e debbono essere effettuate le necessarie ricerche glico-metriche nel sangue e sull'urine, le quali c'indicheranno l'ulteriore condotta e faranno evitare il possibile trapasso diretto dal coma acidotico in quello insulinico. Se sin da principio esiste il dubbio fra queste due possibilità, la terapia d'urgenza verrà iniziata con iniezione endovenosa di 100 cc. di glucosio a 10-20 %; questo non potrà nuocere anche nel caso di coma diabetico; trattandosi invece di sindrome ipoglicemica il miglioramento provocato dal glucosio sarà talmente rapido da permettere in pochi istanti porre ex iuvantibus la giusta diagnosi.

Per quel che riguarda il dosaggio dell'insulina nei casi di diabete non complicato, nella pratica privata l'A. raccomanda di iniziare immediatamente il regime alimentare con dieta standard; questa dovrebbe essere costituita in modo da fornire al paziente 1-2 gr. di carboidrati e 1-1, 5 gr. di proteina pro kg. di peso corporeo; il resto del fabbisogno calorico dev'essere coperto dai grassi. Se dopo alcuni giorni di tale trattamento persistono la glicosuria e l'acetonuria, si dovrà intervenire con l'insulina, cominciando con dosi di 10-15 u. e risalendo gradatamente ogni 2-3 giorni fino alla scomparsa dell'acetone e della glicosuria.

La dose insulinica può essere considerata quale sufficiente quando la glicemia a digiuno non supera 1,5 ‰; però in alcuni casi (specie negli ipertonici e nei vecchi) non si riesce a ridurre l'iperglicemia al disotto di 1,7-1,8 ‰, se non con dosi molto elevate d'insulina; nei casi del genere anche questo limite può essere considerato soddisfacente specie se la glicosuria non supera i 5 ‰.

Comunque l'insulina non deve servire per potere elevare la quantità dei carboidrati al disopra del minimo necessario, come d'altra parte dev'essere evitata quando se ne può fare a meno; l'A. non crede che periodi « protettivi » di insulina possono nei casi del genere aumentare l'efficienza del pancreas.

I casi di complicazioni chirurgiche e la necessità di un intervento cruento richiedono senz'altro un intenso trattamento insulinico, il quale in questo campo ha riportato i maggiori successi; difatti la mortalità dei diabetici per operazioni chirurgiche che nell'era preinsulinica raggiungeva il 40 % è stata attualmente ridotta a 14 % (Joslin) e a 3 % (Clinica Mayo); anche le complicazioni settiche e gangrenose vengono ridotte qualitativamente e quantitativamente sotto l'influenza dell'insulina.

I veri pericoli dell'insulina sono relativamente scarsi; a parte la possibilità di irritazioni locali. di orticarie ecc. che sono per lo più dovute all'impurità e non si ripresentano cambiando il prodotto, il grande pericolo è rappresentato dall'ipoglicemia. L'A. ne descrive i sintomi iniziali fra i quali è talora da annoverarsi l'insolito buon umore del paziente; segue poi la fase depressiva, sudori, tremore col quadro ben noto che può culminare nel coma. La terapia di solito può essere limitata a somministrazione di pane o dolci; solo raramente si dovrà ricorrere a iniezioni endovenose di 20-50 gr. di glucosio a cui talora occorre associare un'iniezione di adrenalina. In seguito la dieta o l'insulinoterapia debbono essere modificate; in alcuni casi basterà opportunamente variare l'ora dell'insulina (un ora prima del pasto) o frazionarne le dosi.

Un altro inconveniente non lieve è qualche volta rappresentato dalle proprietà edematigene dell'insulina; l'A. cita dei casi di cardiaci, nei quali gli edemi da insulina sono stati il movente iniziale di una iposistolia; in questi casi s'impone una dieta poco clorurata e secca, coadiuvata eventualmente da somministrazione di diuretici.

Fra gli insuccessi dell'insulinoterapia vanno annoverati i casi dell'insulino-resistenza, tutt'ora inspiegabili; durante le malattie infettive il fatto ben noto della scarsa efficacia dell'insulina sarebbe dovuta secondo Minkowski all'azione proteolitica dei germi. Tannhauser, il

quale descrive un caso di coma che ha resistito a 1200 u. d'insulina attribuisce questo fatto a lesioni della cellula epatica.

Comunque gli inconvenienti dell'insulina sarebbero ben pochi e insignificanti davanti alla sua reale efficacia; l'A. concludendo invoca perciò una efficace assistenza del diabetico mediante ambulatori e dispensari specializzati; soltanto così si potrà non solo salvare molte vite, ma anche trasformare migliaia di infermi in elementi produttivi. S. MINZ

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Affezioni simulanti la tubercolosi pulmonare.

(G. MARSHALL. *Practitioner*, gennaio 1935).

La diagnosi precoce della tubercolosi pulmonare ha una notevole importanza pratica, in quanto spessissimo essa decide l'avvenire dell'infermo. È perciò che i primi sintomi della malattia, locali e generali, sono rilevati con molta accuratezza. Tutta una serie d'indagini viene istituita per accertare la natura del male, tanto più che la tubercolosi pulmonare iniziale può manifestarsi con fenomeni i quali sogliano essere l'espressione di altre condizioni morbose sia dell'albero respiratorio che di altri organi e sistemi.

L'*ipertiroidismo* in individui giovani, e specie nelle donne anche nel periodo della menopausa, può provocare una sintomatologia tossiemica simile a quella della tubercolosi pulmonare: debolezza, inappetenza, lievi iperpiressie periodiche associate alle mestruazioni o a seguito di sforzi, perdita di peso, sudorazione eccessiva. La confusione tra le due condizioni è possibile tenuto conto che l'ipertiroidismo può sussistere senza esoftalmo e tremori e che in ambedue si trovano analoghe alterazioni del metabolismo basale.

In tali casi la diagnosi di tubercolosi può essere esclusa solo a seguito del reperto negativo dell'albero respiratorio, rilevato sopra tutto con ripetuti esami radiologici.

Nella *stenosi mitralica* si hanno spesso tosse, emottisi, deperimento generale, mentre all'ascoltazione del torace possono riscontrarsi piccoli rantoli, localizzati però alle parti basse. I radiogrammi dimostrano piccole opacità sparse per tutto il campo pulmonare. Si ha insomma un quadro che può far pensare alla tubercolosi. Ma va rilevato che nella stenosi mitralica si ha dispnea al minimo sforzo fatto che nella tubercolosi si ha solo negli ultimi stadii; le emottisi sono sempre poco abbondanti; le piccole opacità dei radiogrammi rappresentano fatti congestizi e non hanno nulla di comune con le ombre di varia ampiezza e di distribuzione irregolare causata dall'infiltrazione tubercolare. Oltre a ciò l'esame del cuore pone subito in condizioni di fare una diagnosi esatta.

Le *infezioni settiche croniche del naso-faringe, delle tonsille* e parti vicine possono dare tosse ed espettorazione eventualmente anche striata di sangue, e possono essere accompagnate da perdita di peso, anoressia ed elevazioni febbrili. Lo scambio con la tubercolosi pulmonare è tanto più facile perchè in queste forme non di rado si ascoltano rantoli agli apici. Tuttavia la febbre non assume mai il carattere tubercolare, la frequenza del polso non è aumentata, l'espettorato non contiene bacilli di Koch, i radiogrammi risultano negativi.

I *versamenti pleurici* sono quasi sempre di origine tubercolare, ma essi possono verificarsi nel corso di affezioni neoplastiche, specie quando colpiscono le glandule prossime all'ilo pulmonare o lo stesso tessuto pleurico. La presenza di sangue nel liquido depone più per il neoplasma che per la tubercolosi. Se il tumore è un carcinoma bronchiale primario o un linfoadenoma delle glandule del mediastino non vi sono difficoltà a rilevarne i segni fisici e radiologici. Quando il versamento è causato da piccole metastasi nella pleura di tumori extratoracici tali segni possono mancare. L'età del soggetto, in assenza di altri fatti semeiologici costituisce un criterio approssimativo di discriminazione, perchè il versamento pleurico depone nei giovani più per la tubercolosi e nei vecchi più per il neoplasma.

Anche nelle affezioni cardiache e renali si possono avere versamenti pleurici anche unilaterali. Per la diagnosi differenziale valgono al riguardo oltre che i caratteri clinici e citologici del transudato diversi da quelli dell'essudato, i segni inconfondibili delle malattie originarie.

Il *pneumotorace spontaneo* è generalmente considerato come un sintoma di tubercolosi pulmonare. A parte il fatto che una simile evenienza può verificarsi nelle silicosi, nel carcinoma bronchiale e nel linfoadenoma mediastinico, non mancano osservazioni che farebbero ritenere che essa può essere prodotta anche dal semplice enfisema pulmonare. In questo caso mancano i segni fisici ed i dati anamnestici della tubercolosi, e, fatto importante, il pneumotorace non è accompagnato da versamenti pleurici.

La *bronchite cronica* è spesso confusa con la tubercolosi pulmonare, quantunque la sintomatologia delle due affezioni sia sensibilmente diversa. Nella bronchite cronica si hanno esacerbazioni invernali ed attenuazioni estive, e malgrado la tosse e l'espettorazione che possono persistere per anni e anni, non si verificano deperimento e fatti d'infiltrazione o cavitazione. Tuttavia è necessario praticare esami dell'espettorato, perchè si può avere la degenerazione tubercolare, nel quale caso i fatti specifici sono oscurati dall'antico processo bronchiale.

Al riguardo è a tener presente che la tubercolosi pulmonare senile è più frequente di quel che si ritiene. Ogni qual volta un vecchio ha tosse, espettorazione accompagnate da iperpiressie e perdita di peso, si deve sospettare la tubercolosi e quindi procedere agli opportuni esami batteriologici e radiologici.

Anche nelle *bronchiectasie* si possono verificare fatti che possono simulare la tubercolosi. Nelle bronchiectasie si possono avere emottisi più o meno abbondanti, ma non accompagnate da febbre, tachicardia ed altri fatti tossici. L'espettorazione è sempre abbondante, fluida, spesso accompagnata da vomito. Del resto i fatti plessimetrici ed ascoltatorî sono molto differenti nelle due affezioni.

Vi sono casi nei quali l'espettorazione è scarsa o assente, e l'unico disturbo consiste in emottisi anche abbondanti. In tali casi l'esame fisico può riuscire negativo, ed allora conviene procedere all'esame batteriologico ed a quello radiologico, tenendo presente che raramente la cavità bronchiectasica si scorge senza preventiva preparazione, che consiste nell'introduzione di lipiodol nei bronchi.

La *sifilide pulmonare* (infiltrazione gommatosa dei grossi bronchi e conseguenti bronchiectasie) può essere accompagnata da tosse, espettorazione, emottisi e febbre. In tali casi la diagnosi è possibile solo quando l'espettorato non contiene bacilli di Koch, la reazione di Wassermann è positiva ed esistono lesioni sifilitiche di altri organi.

La *sclerosi pulmonare* è una condizione che si stabilisce a seguito di una bronco-pulmonite confluente, di una pulmonite irrisoluta verificatasi nell'infanzia, o anche di una serie di attacchi pneumonici. L'alterazione sclerotica può pure provocare il raggrinzamento di un intero lobo inferiore o, in minor grado, ad ambo i lati, ma raramente colpisce i lobi superiori. I pazienti soffrono tosse, espettorazione e dispnea dopo sforzi. I segni principali sono: diminuzione o abolizione del movimento della parte bassa del torace, retrazione di costole e spostamento del cuore, piccoli rantoli in corrispondenza dell'area sclerotica. Il radiogramma dimostra: spostamento del mediastino, sollevamento del diaframma, avvicinamento degli spazi intercostali dal lato affetto. Il tessuto sclerotico risulta opaco, ma le sue ramificazioni bronchiali possono apparire chiare in conseguenza di fatti congestizî, di secrezione stagnante. La confusione con la tubercolosi è facile. Ma conviene tener presente l'età dei pazienti: la tubercolosi pulmonare è rara negli individui che contano meno di 14 anni. D'altra parte la sede bassa della lesione, la mancanza di deperimento e di fatti tossici, l'assenza di bacilli tubercolari valgono a precisare la diagnosi.

La *silicosi* dà radiogrammi quasi simili a quelli della tubercolosi specie avanzata, ma se ne distingue perchè raramente dà tosse, espettorato e febbre, mentre dà sempre superficialità di respiro. Comunque conviene tener presente che la silicosi spesso degenera in tubercolosi.

L'*ascesso pulmonare* ha con la tubercolosi comuni i seguenti sintomi: febbre, sudori notturni, tosse, espettorazione purulenta ed emottisi. Lo sputo contiene fibre elastiche, ma nell'ascesso ha per lo più cattivo odore che manca quasi sempre nella tubercolosi. L'ascesso per lo più è causato dall'inalazione di corpi estranei e quindi nell'anamnesi si notano spesso estrazioni dentarie, tonsillectomie o altre operazioni della bocca uno o due giorni prima dell'inizio della malattia. Se l'ascesso è localizzato ad un lobo superiore (e per lo più si ha a destra) si possono verificare sintomi che fanno fortemente sospettare la tubercolosi. Ma la percussione fa rilevare una notevole ottusità al di sotto della clavicola e non all'apice. Il radiogramma è caratteristico: ombra densa unica con cavità translucida al suo centro.

Il *cancro* primitivo del pulmone dà sintomi analoghi a quelli della tubercolosi: tosse, espettorazione, emottisi, dolore al petto, febbre. La confusione con la tubercolosi è quindi possibile. A differenza di quel che avviene per la tisi la maggior frequenza del tumore si ha dopo i 40 anni di età e nel sesso maschile. La tosse è particolarmente ostinata specie nei primi stadii della malattia, e molto spesso secca. Negli ultimi periodi della malattia la dispnea è intensa ed è accompagnata da stridore. Quando il tumore è voluminoso e ostruisce un grosso bronco vicino all'ilo si ha il collasso di tutto un lobo. Allora i segni fisici diventano i seguenti: diminuzione del movimento del torace della parte lesa, diminuzione della risonanza, del respiro e del fremito vocale tattile. Il radiogramma è affatto differente da quello della tubercolosi: invece delle multiple ombre diffuse delle tubercolosi, si nota un'ombra densa, circondata da un'opacità uniforme quando si è prodotto il collasso. Con l'introduzione di lipiodol nei bronchi si può dimostrare l'ostruzione del bronco invaso dal tumore, e con la bronchioscopia si può riuscire a scorgere il neoplasma ed eventualmente ad asportarne dei pezzi per l'esame istologico.

DR.

Gli espettoranti.

(H. VOLLMER. *Münch. med. Wochens.*, 29 novembre 1934).

L'uso degli espettoranti è noto fin dalla remota antichità, ma ben poco si conosce del loro meccanismo d'azione, mentre sarebbe desiderabile dal punto di vista teoretico e pratico, averne delle nozioni più precise. Sarebbe anche desiderabile una maggiore conoscenza della parte attiva di tali rimedî, allo scopo di sostituire le droghe che vengono da paesi lontani (quillaja, senega) con alcune piante nostrane a contenuto tannico e saponinico.

Un'osservazione dell'A. dimostra che l'uso di espettoranti nel caso di un processo limitato dell'albero bronchiale può diffonderlo. In seguito all'introduzione di una piccola quantità di olio di senape in un bronco, si è veduto che dopo 72 ore tutti i conigli usati per tali esperimento erano in vita; la sezione dimostrò che vi era soltanto un piccolo focolaio infiammatorio. Invece, gli animali a cui si somministrarono, *per os*, degli espettoranti morirono tutti, con numerosi focolai disseminati nel polmone.

La maggior parte degli espettoranti appartiene al regno vegetale. Di questi possono suddividersi in parecchi gruppi:

1) ad emetina e complessi analoghi (ipeca, viola, a cui si può aggiungere anche l'apomorfina);

2) a sostanze mucose (altea, lichene islandico, iris); tali sostanze possono tutt'al più agire come correttivi per il gusto e come lievi calmanti per la tosse ad origine faringea;

3) a saponina (quillaja, poligala senega, salsapariglia e le piante nostrane saponaria, radice di primula, verbasco, tussilago);

4) ad olî eterei (timo, finocchio, anice idrato di terpina delle conifere);

5) catrame di faggio (creosoto, guaiacolo).

Fra gli espettoranti non appartenenti al regno vegetale, sono da menzionare lo joduro di potassio, il cloruro di ammonio, le combinazioni di antimonio, il tartaro stibiato, l'acido benzoico.

Un metodo per lo studio sperimentale degli espettoranti è stato escogitato da Gordonoff e Hesse, introducendo dell'olio jodato o del solfato di bario nei polmoni del coniglio e seguendone la sorte ai raggi X dopo la somministrazione del rimedio. In tal modo, si potè controllare l'azione espettorante dei preparati contenenti saponina e di quelli salini. Si è veduto che l'olio jodato viene sospinto verso l'alto e l'esterno senza perdere la sua forma, quando si somministra il cloruro d'ammonio, mentre l'ombra si frantuma e si rischiara quando si danno dei preparati contenenti saponina e lo joduro di potassio. Tale effetto dimostra l'azione essenzialmente motrice del cloruro d'ammonio e quella prevalentemente secretoria degli altri due. Quest'ultima azione viene anche dimostrata da altre esperienze; così, trattando la trachea aperta con joduro di potassio, si vede defluire notevole quantità di muco, somministrando espettoranti, (quillaja, primula) si vede aumentare il contenuto in acqua dei polmoni del 20 % circa, in confronto dei polmoni di animali non trattati, mentre con il cloruro d'ammonio non si ha nessun effetto.

Nella maggior parte degli espettoranti, si deve ammettere che l'azione secretoria abbia la parte più importante, in quanto che nel meccanismo dell'espettorazione hanno indubbiamente un grande significato la quantità e le proprietà fisiche del materiale da espellere. Ci spieghiamo così l'azione favorevole di piccole quantità di emetici nel senso che, per un meccanismo riflesso centrale dalla mucosa gastrica, si ha lo stadio di nausea, che favorisce tutte le secrezioni. Un'azione simile viene ammessa per la saponina.

Per quanto riguarda i cloruri, è noto che essi, ingeriti sotto forma di acque minerali o di cloruro d'ammonio, vengono in parte escreti dalla mucosa bronchiale e si spiega così l'aumento dell'escrezione dell'acqua. Lo stesso vale per i carbonati. È anche probabile che lo joduro di potassio, come viene escreto con la saliva, lo sia anche per la mucosa bronchiale e favorisca così un aumento di secrezione.

L'azione disinfettante degli olî eterei e di altre sostanze è stata discussa ed è, ad ogni modo, poco chiara.

Si è già accennato all'azione motoria del cloruro d'ammonio, per cui entrano in funzione gli epitelî vibratili e la muscolatura liscia, i cui movimenti sono favoriti dalla reazione debolmente alcalina; questa può aversi per l'aumentata escrezione dei carboidrati in conseguenza dell'aumento di secrezione per lo stimolo dei bronchi.

Particolarmente importante è la muscolatura liscia delle vie respiratorie, che ha un'innervazione analoga a quella dell'intestino, su cui alcuni espettoranti agiscono elevandone il tono.

Come si vede, se qualche luce si è portata in questo studio, vi sono ancora molte questioni insolute che è sperabile vengano presto in chiaro, in modo che si possa meglio conoscere il meccanismo d'azione degli espettoranti e precisarne il singolo valore.

fil.

MISCELLANEA.

Le basi fisiologiche della prova funzionale della secrezione esterna del pancreas.

(B. I. GOLDSTEIN. *Vracebnoje Dielo*, 1934, f. 4).

L'A. prima di descrivere la prova funzionale esocrina del pancreas da lui preconizzata, si sofferma sui dati che si possono ricavare dalla ricerca dei fermenti pancreatici nel sangue: com'è noto nelle lesioni pancreatiche nel sangue si riscontrano l'amilasi e la lipasi atoxil-resistente (Rona); mentre la provenienza della prima non può essere che pancreatica, alcune obiezioni sono state mosse per quel che riguarda l'esclusiva origine pancreatica della lipasi atoxil-resistente; così Chiray, Bordet e altri l'avrebbero riscontrata anche negli eritrociti; secondo Introzzi essa potrebbe derivare anche dalla ghiandola tiroidea. Comunque secondo l'A. la sorgente principale della lipasi a. r. non può essere che il

pancreas; ora lo studio contemporaneo dei due fermenti (lipasi a. r. e amilasi) potrebbe fornire già alcuni dati riguardo le modalità della lesione pancreatica; difatti, dalle ricerche originali dell'A. risulterebbe che mentre l'amilasi è facilmente dializzabile, lo stesso non può dirsi della lipasi la quale sembra non può diffondersi attraverso la membrana che avvolge il singolo acino o forse anche la singola cellula, se non nel caso della lesione di tale membrana. Dunque basta una lesione da stasi dei dotti pancreatici per provocare la penetrazione della amilasi nel sangue; lo stesso avverrà se la secrezione pancreatica non si verifica per qualunque altra causa poichè (secondo le ricerche dell'A.) la formazione dei fermenti pancreatici non decorre affatto parallelamente all'attività secretoria; così p. es. la quantità dell'amilasi nel sangue si accresce notevolmente nell'achilia gastrica, quando per la mancanza di HCl gastrico viene ridotta anche la produzione di secretina che stimola la secrezione pancreatica. Invece in tutti questi casi la lipasi a. r. non comparirà nel sangue salvo il caso di alterazioni anatomiche, specie a carico delle membrane avvolgenti della ghiandola.

La prova funzionale proposta dall'A. (basantesi sullo studio della secrezione pancreatica in seguito a stimolazione della ghiandola mercè introduzione di 30 cc. di HCl al 0,5 % che a sua volta provocherebbe la formazione di secretina) presenterebbe il vantaggio dello studio dinamico di un organo, cioè della sua risposta ad uno stimolo fisiologico.

L'introduzione dell'HCl attraverso la sonda duodenale veniva seguita da un prelevamento frazionato del succo duodenale; nelle singole porzioni di esso veniva determinato il contenuto in sostanze alcaline e in fermenti, di cui il prototipo era dato dall'amilasi, perchè questa meno degli altri fermenti viene modificata dai succhi enterici contemporaneamente secreti. L'alcalinità del liquido estratto è dovuta solo in parte a quella del succo pancreatico, essendovi presenti le secrezioni alcaline enteriche; solo mediante il dosaggio contemporaneo dei due fattori poteva essere valutata la parte dovuta alla funzione pancreatica (si noti ancora che la secrezione normale del $NaHCO_3$ dal pancreas avviene solo a contenuto normale di $NaHCO_3$ nel sangue — dunque anche questo deve essere controllato).

La curva normale ricavata dall'esame delle singole frazioni del succo estratto presenta dapprima un notevole aumento di alcalinità con contenuto basso di fermenti; questa è la cosidetta fase « secretinica »; ad essa segue la cosidetta secrezione nervosa (per l'influsso del vago) più ricca di fermenti e con abbassamento relativo dell'alcalinità (i dati riferentesi alla composizione del succo per così dire, « nervoso » e quello « normale » — provocato dalla secretina, sono ricavate dagli esperimenti dell'A. sull'organo isolato; il simpatico regolerebbe ambedue le secrezioni).

Tenendo presenti le considerazioni suesposte diventa agevole l'interpretazione delle curve in esame: se dopo l'immissione dell'HCl diminuisce notevolmente la concentrazione dei fermenti, questa può dipendere sia dall'inibita secrezione pancreatica accompagnantesi ad eccessiva formazione del succo enterico (event. del muco o della bile), come pure può essere dovuta all'esagerata secrezione di succo « secretinico ». Nel primo caso l'alcalinità rimane immutata o si accresce leggermente, nel secondo essa aumenta rapidamente e notevolmente. Se invece la concentrazione dei fermenti rimane costante, tale fatto oltrecchè essere prodotto da una assoluta mancanza di qualsiasi secrezione, può essere causato dall'azione nervosa che agisce contemporaneamente alla secretina; nel primo caso l'alcalinità rimane immodificata, nel secondo si dimostrerà ancora accresciuta. Finalmente la concentrazione dei fermenti che normalmente diminuisce in seguito all'HCl per riaumentare dopo un'ora, può rimanere bassa o per una secrezione rallentata o per deficiente funzione fermentogena del pancreas; nel primo caso l'alcalinità rimarrà alta, nel secondo ritorna ai valori precedenti.

Normalmente, come già si è accennato, le curve di alcalinità e dei fermenti avrebbero un'immagine a « specchio »: cresce la prima, si abbassa la seconda e viceversa. Va notato però che l'alcalinità ha un decorso molto più costante che non la concentrazione dei fermenti; per essa è molto più facile stabilire la normalità; secondo i dati dell'A. essa oscilla fra 0,15 e 0,8 % (espresse in $NaHCO_3$), essendo ai suoi limiti inferiori nel succo « nervoso » — a quelli superiori nel succo « secretinico ».

L'A. ricorda a proposito come appunto lo studio dell'alcalinità finora veniva trascurato, essendo stata l'attenzione di quasi tutti gli AA. rivolta ai fermenti. L'A. descrive alcune curve di ammalati pancreatici; fra questi è istruttivo l'esempio di un p. in cui, mentre la concentrazione di alcali e di fermenti rimaneva bassa anche dopo l'HCl, l'assenza di amilasi nel sangue faceva escludere la stasi del secreto pancreatico; fu fatta diagnosi di cirrosi dell'organo che potè essere confermata all'autopsia.

L'A. prudentemente osserva che nel valutare i dati della sua prova, forse anche altri fattori dovranno col tempo essere presi in considerazione; comunque dai primi risultati di una ricerca basata sullo studio fisiologico del pancreas sembra che siamo in possesso di una prova funzionale che pur dovendo essere soggetta a ulteriori controlli, può rendere di già preziosi servizi. S. MINZ.

Terapia delle affezioni infiammatarie degli organi di riproduzione femminili.

(P. WERNER, *Wien Klin. Wochenschr.* 23 novembre, 1934).

Nelle affezioni infiammatorie degli organi riproduttivi femminili importa anzitutto stabilire la etiologia: sopratutto la prognosi, ma anche la terapia variano infatti a seconda degli agenti patogeni. Questi possono essere i gonococchi, i microbi puerperali, vari altri batterii di provenienza per lo più intestinale, e i bacilli di Koch.

I gonococchi hanno la proprietà di estendersi in superficie lungo le mucose: perciò essi producono principalmente infiammazioni delle mucose della cervice, dell'utero, delle tube, e infiammazioni del peritoneo viscerale e parietale. I microbi puerperali invece tendono a penetrare profondamente nei tessuti: si può avere anche l'infiammazione superficiale, i microbi passano però oltre la parete dell'utero e fanno infiammare il tessuto connettivo. Altri microbi possono estendersi agli organi riproduttivi dalla vicinanza di essi, sopratutto dall'intestino e ancor più dall'appendice; oppure essi vengono introdotti dall'esterno con dei corpi estranei, portati entro la vagina o anche entro l'utero.

Mentre nelle forme di infezione gonococcica l'esame batteriologico del secreto cervicale spesso chiarisce la diagnosi, purchè se la forma non è recente l'esame venga fatto dopo procedimenti di provocazione, nelle forme puerperali e in quelle da propagazione dalla vicinanza l'esame della secrezione ha scarso valore diagnostico. Sono allora utili per la diagnosi una anamnesi accurata e i dati del reperto palpatorio. Infatti l'infezione gonococcica e quella puerperale colpiscono per lo più tutti e due gli annessi: quindi un reperto unilaterale di annessite o di flogosi del tessuto connettivo indicano una origine traumatica o una diffusione da organi vicini. L'infezione gonococcica si limita per lo più a dare una annessite senza invadere il tessuto connettivo, mentre l'infezione puerperale determina nella maggior parte dei casi una parametrite. Anche se manca quest'ultima e l'affezione si limita agli annessi, è possibile una diagnosi differenziale: infatti le tumefazioni gonococciche colpiscono soprattutto la estremità ampollare della tuba, le infezioni puerperali invece provocano un ingrossamento della tuba in tutto il suo percorso. Perciò i tumori annessiali puerperali per lo più sono strettamente aderenti all'utero e non se ne possono isolare bene, i tumori gonococcici invece sono ubicati all'esterno, verso la parete pelvica, sono nettamente staccati dall'utero e sempre abbastanza ben mobili. Può riuscire utilissima anche la diagnosi sierologica di infezione gonococcica, con la deviazione del complemento.

Il reperto palpatorio permette di distinguere l'annessite dalla parametrite. Il tumore annessiale ha una superficie convessa, è più o meno nettamente delimitabile sia dalla parete pelvica che dall'utero, ha una certa mobilità anche in caso di gravi aderenze, e nella forma ricorda sempre più o meno una palla o un uovo. Invece il tumore parametritico poggia con larga base da una parte alla parete pelvica, d'altra parte al collo dell'utero, è più sottile nella sua parte centrale, ha una superficie concava ed è così immobile da meritare l'epiteto di « murato ».

La terapia varia a seconda della etiologia, della durata del processo e della età della donna. Solo nelle forme infiammatorie recenti con febbre alta la terapia è unica: riposo a letto, borsa di ghiaccio sull'addome, curare che le evacuazioni siano regolari, e astensione assoluta da qualsiasi cura locale che potrebbe propagare l'infezione. Si può tentare una proteinoterapia molto cauta; un buon preparato è il Caseosan, che va iniettato in dosi piccolissime (dose iniziale 1/4 ccm., aumentando ogni giorno fino a 2 ccm.) sorvegliando attentamente la temperatura e lo stato generale.

Più ricca di risorse è la terapia dopo che è cessata la febbre. La borsa di ghiaccio viene sostituita da impacchi alla Priessnitz. Si possono praticare delle lavande vaginali con liquidi indifferenti, che allontanano le secrezioni. Si può ora procedere all'esame ginecologico che rivela una dolorabilità dell'utero alla pressione e ai tentativi di movimento, e ai lati o dietro ad esso, delle tumefazioni dolorose. Il miglior metodo per far riassorbire queste tumefazioni è la diatermia, che va però applicata con grande cautela onde non provocare una riacutizzazione del processo con ritorno di febbre. Gli elettrodi vanno situati l'uno al sacro, l'altro sopra la sinfisi, la corrente deve essere poco intensa e la durata delle sedute breve, 5-10 minuti. Le applicazioni si ripetono ogni due giorni, si devono però sospendere per alcuni giorni al minimo accenno ad elevazioni termiche. Solo dopo che la febbre è cessata da varie settimane si può passare alla diatermia interna (un elettrodo nella vagina o nel retto, l'altro alla cintola) perchè vi si devono usare intensità di corrente molto maggiori. In generale i tumori puerperali regrediscono più rapidamente e più completamente dei tumori gonococcici. In caso di tumori molto voluminosi e di data antica si ottengono buoni risultati dalle iniezioni di « terpichin » (2 ccm. nei muscoli, ogni 2 giorni).

Per i casi già da più tempo trattati, sopratutto per quelli in cui si sono formate delle aderenze come esito della flogosi, si prestano bene i luoghi di cura a base di bagni e di impacchi di fango: questi ultimi sono più efficaci dei primi. Queste cure vanno consigliate solo parecchio tempo dopo la scomparsa dei fenomeni acuti, perchè applicate precocemente possono provare delle riacutizzazioni.

Nelle forme gonococciche è utilissima anche una cura specifica; la vaccinoterapia. Essa si

presta sopratutto per quei casi nei quali l'infezione ha sorpassato la cervice ed ha determinato alterazioni palpabili degli annessi: va attuata però soltanto dopo un lungo periodo di apiressia. Sono efficaci solo delle dosi forti di vaccino: dose iniezialle 60 milioni di germi, aumento graduale e lento fino a 3000 milioni. dose che si ripete poi una sola volta. Le iniezioni si fanno ogni 3-4 giorni; esse non devono provocare rialzi termici: particolarmente efficace sembra la iniezione nella portio.

Nelle forme puerperali si può tentare la vaccinoterapia con i rispettivi germi, l'efficacia è però molto inferiore a quella che si osserva nelle forme gonococciche.

Nelle cerviciti isolate con abbondante secrezione si evita nel periodo acuto ogni cura locale, oppure si praticano lavande disinfettanti blande: in seguito dà buoni risultati la terapia locale in forma di bastoncini medicamentosi (targesina). Nei casi più inveterati danno buoni risultati le causticazioni della mucosa cervicale con nitrato d'argento al 2 %; in caso di insuccesso le causticazioni con la diatermia efficaci anche quando esistono erosioni. Le forme più ribelli, specie quelle in cui esistono lacerazioni profonde della cervice, richiedono l'intervento operatorio: la plastica della portio di Sturmdorf è l'intervento che dà i migliori risultati.

Esistono dei casi in cui anche dopo anni di terapia razionale persistono la secrezione e i dolori e si hanno anche periodi di riacutizzazione. Poichè queste affezioni si ripercuotono fortemente sul sistema nervoso, può allora essere indicata la estirpazione dell'utero e degli annessi: interventi meno radicali sono per lo più inutili, solo in casi di tumori annessiali da propagazione (appendicite) può bastare la estirpazione di un solo annesso. Naturalmente ci si deciderà più facilmente all'operazione radicale se si tratta di donne vicine al climaterio.

Se le flogosi degli organi riproduttivi femminili determinano la formazione di raccolte purulente, queste vanno incise. L'incisione fa guarire subito l'ascesso parametritico, non così presto invece l'annessite suppurata. Infatti anche dopo vuotato il pus, rimane sempre la mucosa ammalata della tuba, che può dopo che si è chiusa la incisione dar luogo ad una nuova raccolta purulenta salpingea. Se invece la ferita da incisione resta aperta, saldandosi la mucosa tubarica sulla vagina, si determina una secrezione purulenta di lunga durata che defluisce dalla vagina e che spesso alla fine richiede la salpingectomia o la estirpazione totale.

L'ascesso parametritico va aperto solo quando esso è ben maturo: la febbre ed i dolori non bastano ad indicare questo momento. Poichè l'ascesso si estrinseca per lo più verso il retto la paziente si lagna di tenesmo e di forte dolore durante la defecazione o dopo un clistere: l'esplorazione rettale mostra un tumore fluttuante e molto doloroso accanto o dietro all'utero e una paresi dello sfintere anale. Questo è il momento per l'incisione, che va fatta dal fornice posteriore della vagina; si deve evitare assolutamente di cercar di facilitare il deflusso del pus comprimendo il tumore all'addome, queste manovre potrebbero provocare una diffusione dell'infezione o anche una perforazione nel peritoneo.

R. POLLITZER.

La fitoterapia delle funzioni ghiandolari.

(G. TAUBMANN. *Med. Klinik*, 4 genn. 1935).

In una serie di articoli, l'A. esamina l'azione e l'uso delle varie « droghe » nelle malattie, uso che forse è meno frequente ora che molte nuove terapie sembrano voler sovrapporsi all'antica, che rimane però sempre viva e vegeta.

Mezzi colagoghi. Vi è una serie di droghe che hanno il vantaggio di essere attive, pur senza avere nessuna dannosa azione accessoria. Appartiene ad esse la menta piperita, contro la quale vi è il pregiudizio che trattandosi di un mezzo popolare non sia abbastanza attiva. Invece, risulta dagli studi di Steinmetzer che la menta si trova al secondo posto fra i rimedi che aumentano la quantità di bile: primi sono i sali di Carlsbad, che danno un aumento di venti volte; segue la menta con 9 volte e vengono in seguito i sali di Carlsbad artificiali; azione scarsissima hanno il succo di rafano, la podofillina e l'olio di olive che sono invece vantati come colagoghi. Per la preparazione dell'infuso si usano 1-2 cucchiai da zuppa di foglie di menta piperita per una tazza di acqua bollente; l'infuso va bevuto ben caldo.

Ultimamente, è stato introdotto il rizoma di una specie di zucca giavanese, che è inscritto nella farmacopea olandese sotto il nome di *Rhizoma curcumae javanicae*. Esso contiene una sostanza colorante cristallina rosso-gialla, molto interessante per il suo uso chemoterapeutico e senza azioni tossiche accessorie. La sua efficacia è stata comprovata con il sondaggio duodenale e la colecistografia. Il decotto si prepara versando su 25 grammi del rizoma polverato mezzo litro di acqua bollente e lasciando a piccola fiamma per due ore. La colatura va bevuta in una giornata ed è indicata per il trattamento successivo delle coliche.

Mezzi contro il diabete. Molto controversa è la fitoterapia del diabete, che ad ogni modo è applicabile soltanto a casi leggeri. È un fatto che da molte piante si possono estrarre sostanze ipoglicemizzanti; il rendimento, però, subisce notevoli variazioni, anche per un materiale della stessa provenienza. Fra le sostanze più apprezzate sono le bucce di fagioli, di cui se ne rammolliscono 250 grammi in un litro di acqua, portando poi ad ebollizione e mantenendo a caldo per 4 ore. La colatura si consuma in un giorno e corrisponde a 10-15 unità d'insulina. Azione analoga l'hanno le foglie di mirtillo. L'efficacia delle une e delle

altre varia senza che se ne possano comprendere le ragioni e varia sopratutto secondo gli individui. Comunque, si possono specialmente usare nei vecchi, allo scopo di risparmiare dell'insulina.

Diuretici. Si dice, in generale, che l'infuso di ogni pianta che contenga oli eterei o saponine aumenti la quantità di urina, a causa di una lieve irritazione renale. I tè diuretici sono, pertanto, da escludere quando si deve evitare un carico renale, cioè nelle infiammazioni renali acute. Quando sono passati i fenomeni tempestosi, sono da preferire i diuretici purinici che, con quelli mercuriali sono sempre preferibili nelle forti insufficienze.

Fra le numerose droghe diuretiche, sono da menzionarsi le « Species diureticae » a base di bacche di ginepro, di radice di levistico e di radice di ononide; se ne usa un cucchiaio per una tazza. Molto attive sono le foglie di betulla (30 grammi per una tazza; due al giorno) che sono attive per il contenuto in saponina.

Un posto speciale lo ha il decotto di Zittmann, composto di radice di salsapariglia e di foglie di Ortosyphon; esso negli stati azotemici ridurrebbe la ritenzione azotata e se ne può tentare con prudenza l'uso, come decotto a 20/200 per la prima ed al 25/200 delle foglie di Ortosyphon.

Come disinfettanti delle vie urinarie sono note da tempo le foglie di uva ursina che agiscono per l'idrochinone ed il pirogallolo, originantisi dall'arbutina.

Secrezione sudorale. Le foglie di tiglio, di sambuco e di camomilla sono note da tempo per l'azione favorente il sudore. Gran parte di questa dipende dal fatto di bere dell'acqua calda, ma anche per delle sostanze attive, appartenenti ai glucosidi.

Per diminuire la secrezione del sudore sono indicate le foglie di salvia che possono sostituire, nei tubercolosi, l'agaricina e l'atropina.

Secrezione bronchiale. La fluidificazione del secreto bronchiale e la facilità dell'espettorazione, quali si ottengono generalmente con delle droghe di origine estera, possono aversi con alcune delle nostrane. Così, l'ipecacuana può essere sostituita dalla radice di viola odorata, che contiene, oltre alla saponina una droga ad azione analoga all'emetina. Si prescrive il decotto a 1/270 con 30 gr. di sciroppo di altea; 1 cucchiaio ogni 2-3 ore.

La poligola può essere sostituita dalla radice di primula, che contiene il 10 % di saponina; si prescrive il decotto a 5/270, con o senza liquore anisato d'ammonio (3 g.) e con sciroppo di altea come sopra.

Anche nell'*asma bronchiale* sono molto in uso le droghe. Oltre alla nota efedra, molto utile è la corteccia di quebracho, di cui si usa il decotto a 20/400, con 6 g. di joduro di potassio e 10 di bicarbonato di sodio (1 cucchiaio 3 volte al giorno). Utile, ma incerta è la lobelia e così pure non sempre sicure sono le così dette polveri per l'asma, di cui gli alcaloidi possono passare nel fumo, assieme a della piridina, che rilascia il crampo bronchiale.

Altri infusi sono usati come cure di dimagramento o per la così detta depurazione del sangue. I primi sono generalmente dei lievi purganti a cui si aggiunge un po' di jodio, in forma di fucus vesiculosus, che può avere una certa azione stimolando le funzioni della tiroide e, ad ogni modo, senza provocare danno alcuno. Una miscela di tal genere è la seguente:

Fucus vesciculosus g. 10-15; corteccia di frangola g. 15; foglie di senna; rad. di ononide; rad. di levistico, ana g. 10; foglie di vitis idaea q. b. per g. 100.

1 cucchiaino da tè in una tazza di acqua bollente; 1 tazza 3-4 volte al giorno.

L'ononide ed il levistico agiscono come diuretici, la vitis idaea come correttivo.

Le cure depurative primaverili erano molto usate un tempo; una prescrizione relativamente semplice è la seguente:

Rad. di salsapariglia; foglie di senna, ana g. 10; foglie di noce; viola tricolor, ana g. 40.

2 cucchiaini da tè in un'abbondante tazza di acqua; lasciare per 10 minuti su piccola fiamma. Se ne beve una tazza lentamente a digiuno. *fil.*

DIVAGAZIONI

Le onde ultrasonore e le loro azioni biologiche.

La conoscenza delle onde ultrasonore e dei loro effetti biologici è affatto recente. Gli studî su questo strano fenomeno datano solo da pochi anni, tuttavia le nozioni che ora se ne hanno sono già abbastanza avanzate.

Le onde ultrasonore sono vibrazioni elastiche di mezzi materiali la cui frequenza è superiore al limite di quelle che danno le percezioni uditive, ossia di circa 20.000 per secondo. In fondo tra suono e ultrasuono non v'è che differenza di grado: a misura che la frequenza delle vibrazioni aumenta non si ha più alcuna percezione sonora, e altri effetti prendono importanza con caratteri particolari: l'energia trasportata può essere considerevole, la trasmissione dei differenti mezzi si allontana da quella abituale, e possono prodursi violenti effetti distruttori sui sistemi inerti o organizzati sottoposti alle vibrazioni.

E. e H. Biancani e A. Dognon (*Presse Médicale*, 20 settembre 1934) ricordano che per la produzione delle onde ultrasonore si utilizzano le proprietà piezoelettriche del quarzo. Una lama di quarzo tagliata perpendicolarmente ad una delle diagonali di una faccia esagonale del cristallo possiede proprietà particolari. Ogni pressione sviluppata sulle sue faccie vi fa comparire cariche elettriche. Inversamente stabilendo tra le due faccie una differenza di potenziale si osserva una variazione nello spessore della lama. Impiegando campi alternativi di alta frequenza si ottengono contrazioni e dilatazioni periodiche la cui frequenza, per così dire illimitata, può superare il milione per secondo.

Le onde ultrasonore rapidamente ammortizzate, si propagano molto bene, anche per parecchi kilometri, nei liquidi e nei solidi, nei quali si manifestano con effetti meccanici e chimici.

Tra gli effetti meccanici che si possono verificare nei liquidi attraversati dalle vibrazioni ultrasonore uno dei più importanti è la così detta cavitazione: la formazione di bolle gassose animate da movimenti rapidi e irregolari. Le vibrazioni provocano inoltre lo spostamento di oggetti leggeri, il rimescolamento del liquido vibrante, il sollevamento della sua superficie in pretuberanze alte anche qualche cm., nonchè la frammentazione, la polverizzazione, la dispersione delle sostanze, la coalescenza o anche a lattescenza delle emulsioni.

Accanto a questi effetti meccanici se ne possono constatare altri termici: aumento della temperatura del mezzo vibrante vario a seconda le sostanze.

Langerin notò che uno dei principali effetti delle vibrazioni ultrasonore è la paralisi momentanea dei pesci viventi nell'acqua vibrante. In seguito altri AA. studiarono e precisarono questo fenomeno e osservarono in più la distruzione di un certo numero di cellule o di sistemi cellulari.

Sulle emazie in sospensione l'effetto essenziale è l'emolisi che può essere diminuita o anche arrestata aumentando la pressione o la concentrazione del liquido.

Sugli infusori si ha egualmente un'azione di distruzione meccanica che può spingersi fino alla fermentazione completa e alla polverizzazione delle cellule.

Gli organismi pluricellulari risentono meno l'azione delle onde sonore, per modo che per ottenere lesioni decise occorrono dosi molto forti. Da questo punto di vista la sensibilità di un essere dipende dalla sua massa e dalla natura del suo rivestimento. Gli animali più piccoli e senza rivestimenti chitinosi sono meno sensibili. Mentre gli artropodi di piccola mole, i vermi, i piccoli batraci, i pesci presentano reazioni vivissime ed uniformi, consistenti in una fase iniziale di eccitazione violenta, talora con fatti tetanici, la quale si arresta quando cessa la vibrazione e ritorna con essa. Segue una fase d'inibizione totale e la morte dopo qualche minuto con vibrazioni a dosi deboli o dopo qualche ora con vibrazioni a dosi forti. Anche in questi casi giuoca il fattore pressione, nel senso che il suo aumento arresta la reazione.

L'esame dei vari tessuti degli esseri sottoposti all'azione delle onde ultrasonore dimostra che quello esclusivamente leso è il muscolare. Mentre tutti gli altri tessuti, compreso il nervoso, appaiono normali le fibre striate sono lacerate, spezzettate.

Gli animali anestetizzati con i sonniferi, con la cocaina, con il curaro presentano attenuate o non presentano affatto reazioni.

Con forti intensità si possono ottenere anche fenomeni sensitivi: mettendo un dito in un bagno vibrante si avverte un'impressione di calore interno ed una viva sensazione dolorosa specie a livello della radice dell'unghia.

È probabile che le lesioni prodotte nelle cellule isolate siano prodotte dal fenomeno della cavitazione che le onde ultrasonore producono nei liquidi. Come si è accennato nei liquidi vibranti si producono bolle, la cui formazione ed espansione produrrebbe il laceramento, lo spezzettamento delle cellule. Si spiegherebbe così come l'aumento della pressione riduce o annulla le reazioni distruttrici.

Per quel che riguarda gli organismi pluricellulari gli effetti sono di tutt'altra natura. Essi si manifestano esclusivamente nel tessuto muscolare ed in condizioni di intensità che oltrepassano di molto la soglia delle reazioni generali. Nella genesi di queste reazioni generali sembra abbia una parte importante l'eccitazione intensa delle terminazioni sensitive, senza dubbio legate alla cavitazione perchè rispondono alle variazioni di pressione come le distruzioni cellulari.

I disturbi dell'equilibrio e dell'inibizione, che seguono la fase precedente si possono attribuire ai perturbazioni dell'orecchio interno o al riscaldamento del sistema nervoso centrale. In effetti i lipoidi ed il tessuto cerebrale presentano un netto aumento della temperatura.

Meno spiegabile risulta la distruzione esclusiva del tessuto muscolare. Allo stato dei fatti non si ha alcun elemento sufficiente per spiegare perchè le fibre striate presentano alterazioni tanto profonde, mentre gli altri tessuti appaiono illesi.

argo.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

N. FIESSINGER. *Physio-pathologie des Traversées chimiques et bactériennes dans l'organisme.* Un vol. in-8°, di 370 pagg. Masson & C.ie, Paris, 1934. Prezzo 45 fr.

Il titolo un po' sibillino di questo libro attrae subito l'attenzione dello studioso. D'altra parte, il nome dell'A. è troppo noto per poter pensare che esso tratti di nebulose speculazioni di biologia teoretica. Lo studio delle traversate dell'organismo da parte di sostanze alimentari o tossiche, nonchè dei batteri e delle loro tossine permette all'A. di riunire dei processi diversi fra loro, considerandoli dal punto di vista fisiologico e patologico e tenendo sempre i piedi fermi sul terreno dei fatti e della clinica.

Le sostanze che vengono introdotte determinano delle reazioni nell'organismo e subiscono delle modificazioni per venire poi eliminate spesso in stato ben diverso da quello in cui furono introdotte. Fenomeno maraviglioso, in tutto questo, è la tendenza alla regolare costanza dell'ambiente interno, che si rimette subito dopo i primi sconvolgimenti che subisce per la sostanza introdotta. Le barriere, i posti di epurazione, con tutti i fenomeni biologici che vi sono connessi contribuiscono a mantenere l'equilibrio umorale.

Così, nella traversata dei protidi, l'A. studia le tappe della disgregazione molecolare, le funzioni degli amminoacidi, la pessia e l'uropoiesi epatica, con le relative applicazioni alla diagnosi (determinazione del residuo azotato nel sangue e nell'urina) ed alla clinica cirrosi epatica, intossicazione da protidi). Si occupa in seguito della traversata dell'urea, dell'azotemia, dell'acido urico, della gotta e studia poi la traversata degli zuccheri (glicemia, diabete), del colesterolo, del calcio, dell'acqua, delle sostanze coloranti, nonchè quelle dei batteri, sia apparenti (setticemie) che inapparenti e delle sostanze tossiche; tratta da ultimo l'immunità, l'allergia e le reazioni di difesa.

Notevole è la ricchezza documentaria di questo libro che tocca tutti i grandi problemi della medicina biologica, portando molta luce su varie questioni di alto interesse pratico.

fil.

STRÜMPELL-SEYFART. *Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten.* 31-32.ma edizione. Due voll. in-8°, di rispettive pagg. 880 e 980, con rispettive figg. 179 e 220 e tav. 12 e 5. F. C. W. Vogel, Berlin, 1934. Prezzo RM. 48.

Da oltre cinquant'anni, le generazioni di medici che si sono succedute hanno considerato e considerano tuttora lo Strümpell come il classico trattato di patologia, che ha loro dato il primo indirizzo nel periodo della scuola e che li accompagna come un fido consigliere nell'esercizio professionale.

Eccellenti qualità didattiche, trattazione succinta ma praticamente completa, fanno di questa opera il vero modello dei trattati di patologia. Nessuna meraviglia che le edizioni dalla prima del 1882 si siano succedute numerose da arrivare a 117.000 copie (in tedesco), oltre alle traduzioni in 8 lingue.

Man mano, si è venuto facendo l'aggiornamento ed eventualmente il rifacimento, dove erano necessari e si comprende che le modificazioni non sono state poche in 50 anni; ma l'opera è rimasta la stessa nella sua impostazione generale pure adattandosi ai tempi per tener conto di nuove scoperte, di nuovi concetti, di nuove tendenze. Dopo la morte dello Strümpell, avvenuta nel 1925, C. Seyfarth, professore di medicina interna a Lipsia, ha continuato l'opera di rifacimento ed aggiornamento dalla XXV edizione all'attuale che è la XXXI-XXXII. Fra i capitoli più rimaneggiati in questa, menzioniamo quelli sul morbo di Bang, infezioni a focolaio, tularemia, malattie del miocardio, iper- ed ipotensione, tutta la sezione delle malattie gastriche ed intestinali, agranulocitosi, ecc.

Libro sempre moderno e pratico, che anche nella parte terapeutica è fido ed equilibrato consigliere.

fil.

J. G. LACORTE. *Liçoes de Bacteriologia e Imunologia.* Tre volumetti in-8°, di rispettive pagg. 124, 113, 47. Est. graph., Bomsuccesso. Rio de Janeiro, 1932-1934.

L'A., che appartiene all'Istituto O. Cruz di Rio de Janeiro, raccoglie in questi tre volumeti le più essenziali nozioni di batteriologia. Tratta, nel primo, la parte generale, l'immunologia e la batteriologia; nel secondo, la parte speciale con la descrizione dei singoli germi e nel terzo le applicazioni pratiche, fornendo le indicazioni sulla preparazione dei terreni di cultura, la sterilizzazione, l'esame batteriologico dell'acqua, del latte, ecc.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

L'A. segue essenzialmente la nomenclatura e la classificazione della Società dei batteriologi degli Stati Uniti ed espone chiaramente la materia scegliendo i metodi più semplici e più praticamente adatti. *fil.*

F. MONFORTE. *Guida al riconoscimento dei composti chimici iscritti nella Farmacopea Ufficiale e dosaggi volumetrici.* Un vol. in-8°, di 127 pagg. Graf. « La Sicilia », Messina, 1934. Prezzo L. 25.

Il titolo espone già il contenuto di questo libro, che risponde al problema di identificare le sostanze elencate nella Farmacopea Ufficiale. Nella prima parte l'A., che è aiuto nell'Istituto di Chimica farmaceutica dell'Università di Messina, espone i metodi per riconoscere i vari gruppi di sostanze: inorganiche, organometalliche ed organiche, di cui ricerca gli elementi, le funzioni, i gruppi, ecc. La seconda parte è dedicata ai dosamenti volumetrici, di cui espone dapprima la tecnica generale ed in seguito l'applicazione al dosamento delle singole sostanze (acidimetria, alcalimetria, determinazioni jodometriche, ecc.). Di ogni reazione è spiegato chiaramente il meccanismo, il che contribuisce a dare maggiore sicurezza nella ricerca. *fil.*

A. BRAUN. *Krankheit und Tod im Schicksal bedeutender Menschen.* Editore F. Enke. Stoccarda. Prezzo RM. 3.60.

Le malattie sofferte dai grandi uomini, e sopra tutto quelle che ne hanno provocato la morte, hanno costituito oggetto di numerose indagini, ed hanno comunque destato sempre molto interesse.

Si tratta per lo più di un interesse di curiosità, ma non sono mancati studî intesi a precisare le interferenze tra lo stato patologico dei grandi artisti e dei grandi scienziati e la loro produzione.

Il libro del Braun passa in rassegna tutta la patologia dei grandi uomini e forse è l'unica opera d'insieme sull'argomento.

Si può osservare che egli è stato un po' largo nell'attribuire la qualifica di grande uomo. Ma ciò non costituisce un difetto. DR.

Wiener Archiv f. innere Medizin. Vol. 25, fascicolo 3, 160 pag., 13 fig. Urban e Schwarzenberg, Wien, 1934. Prezzo RM. 14.

Questo numero contiene i seguenti lavori. Le anemie da carenza di ferro (M. Schur). Ricerche sul ricambio nei disturbi di circolo (D. Laszlo). La leucopenia in condizioni fisiologiche e patologiche (U. Strasser). La funzione del fegato nel bilancio dell'acqua (D. Adlersberg). Prova funzionale cardiaca senza ricorrere alla frequenza del polso (L. Meczner). Il comportamento del polso nella dissociazione dell'attività cardiaca (R. Fischer). *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società di Medicina e Scienze Naturali di Parma.

Seduta del 6 dicembre 1934.

Presidente: Prof. A. CHISTONI.

Cervelletto e attività fasica della muscolatura scheletrica.

GIUSEPPE MORUZZI. — Dalle ricerche eseguite sull'argomento risulta che:

1) La stimolazione faradica del paleocerebellum nel preparato decerebrato inibisce il riflesso controlaterale estensorio reso atonico dal curaro; il cervelletto esercita quindi un'azione diretta sull'arco riflesso fasico.

2) Una « successive induction » è dimostrabile dopo l'inibizione paleocerebellare nel riflesso estensorio provvisto della sua componente tonica, non nel riflesso reso atonico dal curaro.

3) Se la componente tonica del riflesso estensorio è scarsa, essa può essere aumentata invece che inibita dalla stimolazione faradica del paleocerebellum. Il fenomeno ricorda il *Reflexum Kehr* di Magnus e concorda colla dottrina cerebellare del tono ottimale.

ANNA CONTI. — *Forma e sviluppo del palizzata in rapporto alla funzione.*

F. LANZONI. — *La « Hyloloma rosae » Deg. nel Parmense (estate 1934).*

Ricerche biologiche sopra alcuni composti solforati.

C. BRAGA. — Le ricerche eseguite dall'O. conducono alle seguenti conclusioni:

1) I sali sodici dell'acido di- tri- e tetrationico ed il sale potassico dell'a. pentationico, usati a dose ipoglicemizzante modificano il tasso di glutatione ematico alla stessa stregua delle altre sostanze che allo stesso modo influenzano la glicemia.

2) La curva del glutatione ematico durante l'azione ipoglicemizzante degli acidi politionici può essere influenzata ancor prima che la curva glicemica e questa modificazione (aumento della glutationemia) può persistere per un certo tempo anche quando il tasso glicemico ritorna alla norma.

3) Dosi inferiori o superiori di sali politionici a quella ipoglicemizzante non influenzano la glutationemia dimostrando così un indiscutibile nesso di relazione tra glutatione ematico e glicemia.

Discussione: prof. D. CAMPANACCI.

Il Segretario: CARLO BRAGA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

L'uremia nei non nefropatici.

Nonnenbruch (*Die Med. Welt.*, 44-1934) ricorda come l'uremia sia caratterizzata da un aumento dell'azoto residuo nel sangue e nei tessuti, dall'aumento dei prodotti putrefattivi intestinali, e degli acidi ossalici, e dell'acidosi, e da altre caratteristiche meno note, come l'aumento della permeabilità muscolare, la diminuzione dell'attività dei fermenti e dell'autolisi epatica.

L'A. preferisce al termine uremia quello di azotemia, e ne distingue 3 grandi gruppi: quello legato all'aumento dell'urea (uremia vera e propria), quello con aumento anche dell'azoto residuo, e quello in cui solo quest'ultimo è aumentato, mentre l'urea è normale. Anche senza una malattia anatomica dei reni si possono avere delle azotemie — del 1° gruppo — e questo si verifica o nelle oligurie e anurie riflesse (da spasmo riflesso dei vasi renali), o nelle oligurie di origine nervosa centrale.

Nei malati di cuore si possono avere aumenti del valore dell'azoto residuo nel sangue, pur persistendo un buon grado di concentrazione renale.

Il fegato è capace — come è noto — di influire sul ritmo della diuresi; nei malati di fegato si possono avere tanto azotemie del 1° quanto del 3° gruppo: si noti che talora il valore dell'azotemia è normale, ma l'esame delle varie frazioni rivela l'aumento di quello residuo.

È proprio in queste forme di azotemia epatica che la somministrazione di urea a forti dosi (20-30 g. al giorno) o di estratti epatici è capace di promuovere la diuresi, elevare il tasso dell'azoto ureico e riportare alla norma quello dell'azoto residuo, giovando notevolmente al malato.

Esistono infine azotemie caratterizzate dall'aumento dell'urea. Soltanto — e sono quelle che compaiono dopo le operazioni, nei vomiti ripetuti (tetania gastrica) e nelle stenosi piloriche e intestinali.

In tutti questi casi la somministrazione di cloruro di sodio ha un effetto brillantissimo, giacchè arresta il vomito, combatte il collasso, e abbassa il tasso azotemico.

Sono sopratutto i Francesi che hanno valorizzato questa « Azotémie par manque de sel »; la sua interpretazione è ancora discussa, ma il Nonnenbruch ritiene che si possa ammettere, almeno come Arbeitshypotese, che il fenomeno primitivo sia rappresentato dal danno dei tessuti (sia esso conseguenza di una infezione, di una nefropatia cronica o di un intervento); che ne segna un richiamo di sale nei tessuti, donde l'ipocloremia e l'ipocloruremia; che tale scomparsa del NaCl dal sangue favorisca la comparsa di una iperazotemia, data l'azione di « freno » che il cloro esercita sulla disintegrazione tossica delle albumina.

Concludendo esisterebbero secondo il Nonnenbruch 2 grandi gruppi di azotemia non renali:

1) quelle epatiche, in cui la distruzione proteica è incompleta l'urea è bassa, l'N. residuo alto, e la terapia con urea e preparati epatici (Pernämom) indicata;

2) quello del tipo della tetania gastrica, con ipocloremia, aumento dell'urea, N. residuo normale e in cui la somministrazione del cloruro di Sodio ha un grande successo.

V. SERRA.

Accidenti uremici complicanti gli interventi addominali.

Il vomito dopo intervento nell'addome di varia natura ma più specialmente dopo gastroenterostomia è evenienza frequente e talvolta di significato così grave che occorre studiarsi in tutti i modi di farne una diagnosi precoce di natura onde poter applicare fin dall'inizio una cura appropriata.

Se questo è desiderabile non è altrettanto facile per la diversità delle cause dalle quali il vomito è procurato e che sovrapponendosi spesso l'una all'altra rendono difficile lo stabilire la causa prima.

Leibovici e Poilleux (*Revue de Chirurgie*, n. 4, 1934), dopo di aver dimostrato l'importanza causale che hanno nel vomito gli accidenti uremici, portando ad esempio due casi di operati di isterectomia subtotale in cui questo intervenne e potè in un caso esser dominato dalla cura reclorurante, si soffermano a considerare le cause e la cura del vomito consecutivo alla gastro-digiunostomia.

Esso è dovuto principalmente a tre eventualità delle quali le prime due ben note:

1) ad ostacoli meccanici dovuti a cattiva posizione della bocca anastomatica e alla direzione dell'ansa efferente, alla eccessiva brevità dell'ansa digiunale.

Il vomito in questi casi sopraggiunge precocemente, fin dal 2° giorno, non c'è febbre, non c'è difesa innocua, nessun segno di peritonite;

2) il vomito è dovuto a complicanze infiammatorie e sopravviene allora dal 6° al 10° giorno; l'intervallo libero è caratteristico e si hanno fenomeni infiammatori locali e generali;

3) il vomito è dovuto primitivamente a iperazotemia, esso è ancora più tardivo, dall'8ª alla 18ª giornata; mancano le note infiammatorie, coesistono i segni dell'azotemia, crampi, miosi, singhiozzo, sussulti tendinei.

Non è comunque facile individuare netta-

mente le cause perchè spesso esse concomitano o si sovrappongono.

L'azione del medico dovrà pertanto essere volta a rilevare le piccole sfumature che ci indicheranno la via terapeutica giusta, fra queste l'esame radiologico anche fatto precocemente non è dannoso e dà notevoli chiarimenti.

Una nozione tuttavia domina la cura di questi vomiti: il fatto che essi possono essere primitivamente da iperazotemia, il fatto che a causa del vomito iperazotemico l'ipocloremia per mancanza di sale può sovrapporsi.

Questi fatti indicano che la terapia reclorurante tiene il primo posto nella cura dei vomiti postgastroenterostomici, pronti comunque a prendere altri provvedimenti quando questa si dimostri inefficace. B. PAGGI.

Nefrosi necrotica da tripaflavina.

La tripaflavina è il più noto dei derivati acridinici ed ha avuto larga applicazione nella terapia di svariate infezioni generali. Purtroppo l'uso di questo farmaco non è esente da inconvenienti legati alla sua tossicità. Tra di essi ha particolare importanza la nefrosi necrotica, entità patologica affatto recente e nuova, per fortuna notevolmente rara se si pensa al vasto uso del medicinale.

A. Giordano (*Arch. ital. di Anatomia e Istologia Patologica*, gennaio 1934) ne ha illustrato un caso assai interessante: si trattava di una donna di 52 a. entrata in ospedale in stato comatoso che durava da tre giorni. All'esame obiettivo si notò: Brudzinski bilaterale, Kernig bilaterale; riflessi osteotendinei assenti, congiuntivali e corneali presenti. Pupille miotiche, non reagenti. L'esame delle orine non rivelò alcunchè di patologico.

Durante i dodici giorni di degenza in ospedale le furono praticate sei iniezioni endovenose di tripaflavina.

La malata morì con segni di grave adinamia cardiaca.

La autopsia fu praticata lo stesso giorno della morte e condusse alla diagnosi anatomica seguente: nefrosi grave da tripaflavina, infiltrazione grassa del fegato, degenerazione del miocardio, in soggetto con neoplasia cerebrale.

I reni erano lievemente ridotti di volume, di colorito giallo-ocra tendente al verdastro, molto molli.

Al taglio: lieve aumento dell'adipe; riduzione lieve del parenchima; capsula propria svolgibile con difficoltà.

L'esame istopatologico mise in luce una necrosi degli epiteli del tratto secernente del sistema canalicolare, con metamorfosi adiposa diffusa; lievissima era la compartecipazione dei glomeruli arteriosi; nel sistema interstiziale si rinvennero emorragie.

L'A. osserva di non aver riscontrato nel caso da lui studiato, la presenza di infiltrati di linfociti e leucociti, nè i fenomeni proliferativi descritti da altri AA. Egli paragona il rene da tripaflavina con il rene da sublimato e ravvicina il primo allo stadio iniziale rosso del secondo.

Ritiene molto interessante istituire ricerche sperimentali sul rene da tripaflavina.

Conclude osservando che, poichè i pochi casi finora descritti si riferiscono tutti ad individui nei quali il medicamento è stato usato in dosi terapeutiche, conviene pensare che la causa della intossicazione debba ricercarsi in particolari condizioni che hanno reso il parenchima renale ipersensibile alle dosi terapeutiche. VICENTINI.

Epatonefriti con presenza di spirochete nelle urine.

Dumas e Barral (*Journ. de Médec. de Lyon*, 5 sett. 1934) riferiscono con grande dettaglio di particolari clinici ed anatomopatologici un caso di epato-nefrite, durato circa 4 mesi e giunto a morte attraverso episodii febbrili successivi in una donna di 20 anni.

La malattia si iniziò con un parto — che decorse però regolarmente, durante la malattia a due riprese furono ritrovate nelle urine delle tipiche spirochete di Inada e Ido; tuttavia questa eliminazione fu intermittente e la inoculazione nella cavia non dette alcun risultato.

L'esame istologico dimostrò la presenza di alterazioni glomerulari predominanti e di una degenerazione grave e diffusa delle cellule epatiche. V. SERRA.

TERAPIA.

La terapia della foruncolosi.

B. Fantus (*Journ. am. med. assoc.*, 11 ag. 1934) dà le seguenti norme, che vengono seguite all'Ospedale di Contea a Chicago.

Trattamento locale. 1) Nei primi stadi (iniziali): evitare ogni traumatismo anche minimo (frizione, pressione, strizzamento); 2) favorire la reazione infiammatoria mediante applicazioni abbondanti di tintura di jodio e con i raggi X applicati su un largo campo.

A suppurazione inevitabile: 1) epilazione della pelle circostante; 2) iperemia e rammollimento mediante compresse — calde — di soluzione di acido borico, applicate ogni 1-2 ore, alternativamente, si può applicare un pezzetto di cerotto adesivo od un sottile disco di sapone; 3) evacuazione dell'ascesso sotto anestesia al cloruro di etile, con la semplice puntura dell'epidermide assottigliata o escisione della punta. L'incisione è sconsigliabile: guardarsi dallo strizzamento!; 4) medicazione assorbente, cambiata molto spesso, in modo da impedire la formazione della crosta; 5) protezione della cute circostante (lavature con alcool ed etere, applicazione di pasta all'ossido di zinco, con polvere di talco); 6) stimolazione del processo di guarigione, dopo fuoriuscita del cencio

che non deve mai essere asportato violentemente), con applicazione di balsamo del Perù, fino a totale scomparsa della crosta.

Profilassi. Lavatura della cute con tintura di sapone verde, seguìta da lozioni con alcool o con acido salicilico (gr. 2) in alcool (cmc. 75) e acqua (cmc. 100). Fare bagni frequenti e cambiare spesso la biancheria; tenere secca la cute mediante la spolverizzazione di talco (gr. 30) con acido salicilico (gr. 1,5). Per le aree (nuca, ascella) in cui i foruncoli recidivano ostinatamente, fare 5-6 applicazioni settimanali di raggi X (85 k-volta, senza filtro).

Trattamento generale. Correggere i difetti di nutrizione: fare esami per la ricerca di eventuali malattie (diabete, nefrite, anemia, obesità): correzione di deficienze vitaminiche (olio di fegato di merluzzo, raggi U-V., bagni di sole, lieviti.

Rimozione di focolai d'infezione, vaccinoterapia (in media iniezioni ogni 3-5-7 giorni).

Per le *particolari sedi di predilezione*, usare i raggi X: nelle lesioni acute, 140 k-volta, con filtro di rame (0,25) e alluminio (1 mm.): 300 röntgen il primo giorno, 150 nel seguente; per le lesioni subacute, 150 röntgen per 3-4 giorni consecutivi.

Nel F. del *condotto uditivo esterno*, analgesici per uso interno (quelli locali sono inutili): instillazioni di alcool (95 %) ogni ora, facendo tenere la testa inclinata, in modo che vi rimanga per 5 minuti: applicazione di cataplasmi sull'orecchio.

Appena comparsa la punta gialla rammollita, incidere con la punta del bistori e asportare ogni 1-2 ore il pus mediante tamponi imbevuti in soluzione di acido borico (3 %).

Profilatticamente, installazione mattina e sera di acido borico (gr. 0,9) in alcool (gr. 30), evitare il grattamento e contro il prurito dare acido salicilico in olio (1:10).

Foruncolo nasale. Applicazioni interne ed esterne alle narici di compresse di cotone imbevute con soluzione calda di acido borico.

Foruncolo al labbro superiore ed alla faccia. Sono giustamente molto temuti per la possibilità di formazione di antrace e per le possibili complicazioni di tromboflebite, meningite, setticemia, spesso mortale. Il foruncolo dall'apparenza però innocente va convenientemente trattato così: 1) immobilizzazione assoluta: proibizione di parlare, mangiare (introdurre soltanto liquidi mediante un tubo: 2) evitare ogni grattamento e strizzamento; 3) trattamento energico locale specialmente con frequenti irrigazioni della parte bassa del labbro con acido borico caldo e raggi X. *fil.*

Il trattamento dell'eczema.

Sagher e Bandler (*Schweiz. med. Wochen.*, 20 ott. 1934) consigliano di seguire la dieta di Perutz, con giorni di frutta e latte, facendo contemporaneamente la deacquificazione dell'organismo mediante la eufillina (somministrata in suppositori da cg. 36, 3 volte al giorno) e somministrando anche il luminal (10 cg. 3 volte al giorno). In alcuni casi, si ottiene la guarigione in pochi giorni.

L'eufillina (teofillina-etilendiamina) è un diuretico potente con forte azione depressiva sulla pressione sanguigna, consigliato specialmente negli spasmi ipertonici (angina pectoris). Per il fatto di essere poco sopportato, lo si somministra specialmente in forma di suppositori; anche questi, però, dopo qualche giorno provocano irritazione rettale, per cui se ne deve sospendere l'uso. *N. d. R.* *fil.*

I pericoli dell'irudinizzazione nelle contusioni.

A. Aimes (*Progrès méd.*, 17 marzo 1934) riferisce il caso di una donna di 58 anni che, per una caduta all'indietro, ebbe vasta ecchimosi alla regione lombare, sulla quale vennero applicate delle sanguisuche. L'indomani, voluminoso ematoma, che dovette essere svuotato; dopo 7 giorni esso si era infettato e fu necessaria un'incisione che dette esito a 1/2 litro di sangue alterato. Qualche ora dopo, una grave emorragia che per poco non portò a morte l'inferma e che rese necessaria un'energica compressione.

È probabile che l'applicazione di sanguisuche sopra una vasta ecchimosi abbia favorita, se non provocata, la formazione dell'ematoma e della grave emorragia che ha accompagnato l'incisione.

L'applicazione delle sanguisughe sulle contusioni è una pratica illogica di cui ci si deve astenere. *fil.*

Il trattamento delle radiodermiti.

G. Milian (*Bull. méd.*, 13 gennaio 1934) osserva che il trattamento di questa conseguenza e complicazione della radioterapia varia secondo la varietà della radiodermite stessa. Quelle eritematose od eritemato-erosive hanno la particolarità di essere dolorosissime e di non tollerare la minima sostanza chimica. Il calmante migliore è il linimento oleo-calcare; si daranno inoltre di calmanti generali (gardenal, cloralio, estratto tebaico). In qualche caso, hanno fatto bene le pomate all'insulina.

Difficile è il trattamento dell'ulcera radiodermica; eccellenti sono in essa le pomate all'insulina, non soltanto per favorire la cicatrizzazione dell'ulcera, ma anche per portare la cicatrizzazione delle perdite di sostanza; per quest'ultimo scopo, va bene anche la neve carbonica. I raggi infrarossi possono calmare abbastanza rapidamente i dolori della radiodermite cronica.

Nelle regioni favorevoli, l'escisione dell'ulcera e la sutura consecutiva costituiscono il modo migliore di trattamento. Può essere preferibile il fare un'autoplastica sulla perdita di sostanza poichè, per la riparazione del tessuto, val meglio lasciare l'ulcera all'aria aperta, senza sutura. Nel caso di epiteliomatosi svi-

luppata sulla radiodermite atrofica, si tratteranno le verruche cheratosiche con la neve carbonica od i raggi X a dosi minime. Quando l'ulcerazione è diventata cancerosa, il migliore trattamento è l'elettro-coagulazione. *fil.*

Il trattamento dell'eczema impetiginoso dell'orecchio.

W. Lust (*Schweizerische med. Wochens.*, 27 ott. 1934) osserva che esso deve la sua origine alla forte macerazione che si ha degli strati superficiali della cute, specialmente alle piaghe, in seguito al strofinio, sudore, ecc. L'irritazione chimica dei prodotti di decomposizione ed il grande sviluppo dei germi cutanei portano a fatti infiammatori che, dal loro canto, favoriscono la macerazione.

Il consueto trattamento blando dell'eczema acuto ottiene, in tal caso, poco successo, poichè è invece necessario usare dei disinfettanti e dei prodotti che induriscono la cute. La terapia sarà diversa secondo lo stadio del processo.

Se vi è grande umidità con intensa macerazione e formazione di croste, si faranno soltanto impacchi umidi con acqua borica o soluzione di permanganato (1/4000). Quando la cute è pulita e la superficie è diventata un po' più solida, si faranno spennellature di nitrato d'argento (al 2 %) dopo l'applicazione di pasta di salicilato di zinco in strato sottile. Se anche questa pasta aumenta la macerazione, si faranno spennellature con:

Resorcina	g. 2,0
Thigenol	g. 5,0
Solfo precipitato	g. 5-10,0
Talco, Ossido di zinco, Acido borico ana	g. 10,0
Acqua dist., Alcool diluito ana q. b. per	100,0

Badare che la cute non diventi troppo secca. Il passaggio dall'una all'altra applicazione va deciso secondo l'effetto. Non si deve, quindi, lasciare i medicamenti al paziente, ma rivederlo ogni tanto per dirigere la cura. Non è raro che si debba ritornare all'applicazione di prima. Non si possono, quindi, dare degli schemi.

Quando la cute non è più rossa, ma è secca e lascia soltanto poche squame, si può raccomandare un trattamento röntgen, che è sconsigliabile per gli stadî precedenti, ma che consolida la guarigione. Anche dopo ottenuta questa, sarà bene di tanto in tanto, applicare la pasta o la spennellatura alla resorcina, 1-2 volte la settimana.

Trattare sempre l'eventuale seborrea, che favorisce la recidiva. *fil.*

NOTE DI DIETETICA.

L'abuso del regime declorurato.

Da tempo è stata richiamata l'attenzione sugli inconvenienti che può provocare l'attuazione inconsiderata del regime declorurato. Trocmé (*Journ. des praticiens*, 15 sett. 1934) ritorna sull'argomento rilevando anzitutto che la sindrome dovuta a ritenzione clorurata può accompagnarsi ad edemi od essere secca. La diagnosi, in tal caso, è affidata essenzialmente al laboratorio (determinazione della cloremia); in mancanza di questo, il pratico può ricorrere ai segni clinici: dispnea, lingua secca, sensazione di sete, vomiti, ipertensione arteriosa; il regime declorurato, in questi casi, dà un rapido miglioramento.

In assenza dei sintomi precedenti, il regime senza sale non soltanto è inutile, ma può essere anche nocivo. Ad ogni modo, si istituisce il regime di prova per una quindicina di giorni e, se non si è avuto nessun miglioramento, si ritorna al regime normale.

Ma anche nelle nefriti cloruremiche, una volta riassorbiti gli edemi, è bene non prolungare di troppo il regime declorurato. Se ne avrebbe come conseguenza una cloropenia sanguigna, con astenia, anoressia, disturbi dispeptici, odore ammoniacale del fiato, vomiti ripetuti, diarree, sonnolenza, torpore, ipotermia, pelle secca, polso piccolo e frequente.

Analoghi disturbi si hanno nelle nefriti acute o croniche, come se il rene, per eliminare l'urea, avesse bisogno di una certa quantità di cloruri. La cura di riclorurazione, in questi casi, si farà con molta prudenza e si applicherà agli azotemici con vomiti abbondanti e diarrea intensa. Se questi sintomi non sono molto accentuati, la riclorurazione (all'inizio di 4-5 grammi al giorno) si farà soltanto dopo dosamento della cloremia. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

L'inibizione della attività tiroidea da parte del sangue animale.

H. Eitel e A. Loeser (*Klin. Wochenschr.*, 8 dicembre 1934) rilevano che il sangue animale ha la capacità di attenuare l'azione degli ormoni tiroidei. Infatti la somministrazione di sangue normale o di siero impedisce la perdita di peso delle cavie alimentate con sostanza tiroidea; e del pari l'aggiunta di sangue impedisce la accelerata metamorfosi dei girini alimentati con tiroide. Clinicamente si osserva che la somministrazione di sangue animale attenua tutti i sintomi del morbo di Basedow: la perdita di peso, l'aumento del metabolismo basale, la tachicardia, i sudori, l'esoftalmo, la diarrea. Evidentemente il sangue normale contiene una sostanza che agisce sulla tiroide, inibendovi la eccessiva attività. Questa sostanza del sangue normale agisce solo in casi di iperattività basedowoide: è inefficace se la tiroide è normale. Per dimostrare sperimentalmente tale sostanza, è necessario esaltare la attività tiroidea degli animali da esperimento: ciò che si può fare per mezzo dell'ormone ipertiroidizzante del lobo anteriore della ipofisi.

Gli AA. usano per le ricerche, delle cavie del peso di 180-220 gr., alimentate con rape e fieno. Iniettando loro due volte nel peritoneo, in due giorni successivi, 5 unità topo di ormone tireotropo del lobo ipofisario anteriore, si provocano regolarmente nella tiroide delle alterazioni morfologiche caratterizzate dalla diminuzione del colloide colorabile e da un lieve aumento dell'altezza dell'epitelio dei follicoli centrali. Se si iniettano dosi maggiori si arriva fino alla completa basedowificazione dell'organo. Per determinare l'azione antitiroidea del sangue e di altre sostanze, si somministrano alle cavie in determinate dosi, per via endoperitoneale, per 6 giorni di seguito: al quinto e al sesto giorno si inietta l'ormone.

Queste esperienze dimostrano che il sangue e il siero di montone sono dotati di una netta azione antitiroidea. La azione tireotropa di 10 unità topo di ormone ipofisario anteriore viene neutralizzata da 12 ccm. sia di siero come di sangue: se si aumentano le dosi, il rapporto rimane sempre lo stesso. Il siero ed il sangue animale manifestano la loro azione antitiroidea anche se vengono dati per bocca, la attività antitiroidea è però molto minore. Il metodo descritto permette anche di dosare la attività antitiroidea dei diversi preparati antitiroidei del commercio. R. POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. D. C., Pistoia:

In tutti i buoni manuali di Dermatologia l'abbonato troverà quanto desidera.

Una recente pubblicazione: Georges-Lévy: *Hygiene du cuir chevelu et de la chevelure;* Doin et C. editeurs, Paris 1934, contiene in modo sommario ed elementare ma sufficiente allo scopo, tutto ciò che importa praticamente conoscere sulle tinture per capelli, i modi per usarle ed i loro vantaggi ed inconvenienti.

V. MONTESANO.

Al dott. S. Avetia da Santhià (12404) suggerisco:

Confronti LASCHI: *Tecnica di radiodiagnostica*. Cappelli, 1930. L. 30: — PONZIO: Idem, Utet, 1930. M. E.

All'abb. n. 10503 (3):

L'ultima sessione d'esami per i medici aspiranti ad imbarcare come medici di bordo fu indetta con decreto ministeriale 1° marzo 1926, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 25 marzo 1926, n. 70. Gli esami consistevano in una prova orale di lingua straniera (francese o inglese o tedesca o spagnola); in una prova scritta di etiologia, patologia, diagnosi, epidemiologia e profilassi delle malattie infettive, di quelle parassitarie e di quelle di origine alimentare, con speciale riguardo alle malattie esotiche e a quelle dei paesi caldi; in due prove pratiche riguardanti: la prima, l'accertamento diagnostico di laboratorio delle malattie infettive e di quelle parassitarie; la pratica delle disinfezioni, il controllo igienico di bevande e alimenti; la seconda, la semeiotica, diagnostica e terapia clinica; in una prova orale di igiene navale e di legislazione sanitaria, con speciale riguardo alla sanità marittima.

Il Decreto contiene i programmi dettagliati.

Per presentarsi agli esami non è necessario frequentare corsi speciali. È probabile che nel 1935 sia indetta una nuova sessione di esami, e non è a ritenere che vi saranno sostanziali modificazioni nei programmi. A. FR.

NOMENCLATURA.

La premunizione.

Sergent, Parrot e Donatien (*Die Med. Welt.*, 10 ott. 1934) ribadiscono e precisano il significato del concetto di premunizione.

Per « premunizione » si intende quello stato di immunità che si acquista nel corso di una infezione, quando questa ha superato l'inizio violento ed ha assunto un carattere cronico e latente.

Va distinta perciò dall'immunità vera, che segue all'infezione, e si acquista per la scomparsa di questa.

La prima forma di immunità dura sin che dura l'infezione che l'ha provocata; la seconda può durare per tutta la vita.

Ricerche moderne inducono ad ammettere che la premunizione abbia una base reticoloendoteliale; si fonda cioè sull'intervento degli elementi ad azione fagocitaria, che sulla presenza di anticorpi; sotto questo punto di vista la milza diventa l'organo più importante nel meccanismo della premunizione.

Alla immunità relativa può poi seguire quella vera e completa.

I termini « immunità relativa », « tolleranza immunitaria », « immunità labile » sono sinonimi di « premunizione ». V. SERRA.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

A. SALMON. *L'importanza del seno carotideo nel meccanismo delle morti improvvise.* — Tip. Studium, Napoli, 1934.

A. MANNINO DE SIMONE. *Come dobbiamo comportarci di fronte ad una vecchia sifilide asintomatica.* — Riv. San. Sic., Palermo, 1934.

A. SALMON. *Le rôle du facteur endocrino-sympathique dans le mécanisme de la fièvre.* — Masson & C., Paris, 1934.

R. F. VACCAREZZA y A. I. GALLI. *Fibrotorax total tuberculoso sin existencia de sinfisis pleural.* — Semana Medica, B. Aires, 1934.

R. F. VACCAREZZA. *Tratamiento de las hemoptisis por inyeccion intratraqueal de medicamentos hemostaticos.* — Tip. A. G. Buffarini, Buenos Aires, 1934.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

L'attività dell'Istituto di Previdenza Sociale.

Come già riferimmo nello scorso numero, il Capo del Governo, Ministro per le Corporazioni, ha ricevuto l'on. Bottai, presidente dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, che gli ha consegnato i rendiconti per l'esercizio 1933, fornendo chiarimenti sull'azione che l'Istituto sta svolgendo nei diversi campi delle sue attribuzioni. Egli ha espresso il Suo compiacimento per le posizioni raggiunte e per la continuità dei progressi della previdenza sociale nel quadro delle provvidenze con le quali il Regime assiste i lavoratori.

Nel 1933 la riscossione dei contributi assicurativi ha segnato un lieve aumento rispetto al 1932, indice di un inizio di ripresa economica che si è accentuata nel 1934. Per le tre principali branche della previdenza sociale (invalidità e vecchiaia, disoccupazione, tubercolosi) sono stati, infatti, riscossi 623 milioni di lire, con un aumento di oltre 11 milioni sull'anno precedente. Il numero degli assicurati in godimento di pensione si è elevato da 294.885, quanti erano al 31 dicembre 1932, a 334.015 alla fine del 1933, con un aumento di 40 milioni nell'importo che da 233 è passato a 273 milioni di lire. Il numero dei lavoratori pensionati al dicembre 1934 è salito a 380.000 con un importo di pensioni per 320 milioni annui.

Le spese di cura e di assistenza degli assicurati e dei loro familiari ammalati di tubercolosi hanno raggiunto nel 1933 l'importo di 139 milioni, con un aumento di 4 milioni sulle spese del 1932. I ricoveri in speciali ospedali sanatoriali e sanatori di montagna hanno sostituito, quasi totalmente, la cura a domicilio. Ciò è conseguenza non solo della maggiore disponibilità di posti nelle case di cura, che l'Istituto sta costruendo ed attrezzando, quanto anche dei criteri che presiedono alla lotta contro la tubercolosi. Figurano nell'attivo dell'assicurazione tubercolosi 241 milioni di beni immobili (costruzioni sanatoriali), attività che per l'incremento avuto nel corrente anno possono ora valutarsi in oltre 350 milioni di lire. Nel 1933 sono state assistite per tubercolosi 57.000 persone. In sei anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione obbligatoria ne sono state assistite 210.000 con una spesa che supera i 600 milioni.

Soddisfacente è la situazione del Fondo per la disoccupazione.

Lievi miglioramenti sono stati conseguiti nell'assicurazione maternità, con la riscossione di circa 600 mila lire di contributi in più, rispetto all'anno precedente, indice anche questo di una più vasta applicazione della legge e di una attenuazione della crisi per la disoccupazione. Nel 1933, sono stati erogati 35.211 sussidi di puerperio per l'importo di 5 milioni e 235 mila lire.

Anche il rendiconto della Cassa di previdenza della gente di mare presenta risultati confortevoli rispetto a quelli dell'anno precedente: i contributi riscossi (L. 47.783.694) segnano una differenza in più di circa 2 milioni e mezzo.

L'on. Bottai ha riferito al Capo del Governo anche sulle riforme da lui introdotte e in corso di attuazione, nell'apparecchio dei servizi periferici dell'Istituto, cui lo stesso ordinamento dei servizi centrali è in via, mediante acconcia revisione, di conformarsi; e sull'elaborazione del Testo Unico delle leggi dell'Istituto, condotta, ormai, a termine.

L'on. Bottai ha, infine, consegnato al Duce la somma di un milione di lire, che l'Istituto, come nello scorso anno, ha destinato alle Opere Assistenziali del Regime.

Cronaca del movimento professionale.

I problemi delle mutue sanitarie esaminati in un convegno di medici.

Alla sede del Sindacato medico fascista della provincia di Milano ha avuto luogo un'adunata provinciale dei Direttorii dei Sindacati medici provinciali della Lombardia e del Piemonte e di numerosi segretari provinciali di altri Sindacati medici dell'Italia settentrionale.

La seduta è stata presieduta dal segretario nazionale on. prof. Eugenio Morelli, ed ha acquistato grandissima importanza anche perchè alla discussione, di carattere sindacale, assisteva l'on. Bonfatti, presidente della Federazione nazionale delle mutue paritetiche dell'industria.

All'inizio dei lavori l'on. Morelli ha esposto i capisaldi della discussione ed ha trattato specialmente il problema dell'organizzazione delle diverse mutue, quello della libertà di scelta del medico, quello dei pagamenti a notula od a *forfait*, quello delle prestazioni mediche, quello dell'unione di diverse mutue per alleggerire il lavoro del medico e per una maggiore economia di spese, ed ancora della questione riguardante le assunzioni dei medici attraverso il Sindacato provinciale.

L'on. Morelli ha esposto poi i diversi sistemi mutualistici in vigore nelle varie Nazioni, ed ha illustrato il concetto che le mutue potranno assolvere la loro funzione di benefica prestazione sanitaria verso il popolo lavoratore solo se saranno aumentate le quotizzazioni dei lavoratori e degli industriali.

L'on. Morelli ha concluso che la funzione del Sindacato non è solamente quella di difendere l'interesse dei medici, ma quella di collegarlo con l'interesse sanitario della Nazione.

È stato quindi discusso lungamente il problema delle mutue sanitarie ed il convegno ha approvato il concetto che delle facilitazioni mutualistiche dovrebbero beneficiare soltanto i lavoratori degni economicamente di questa provvidenza.

Altro punto di grande importanza accettato dal-

l'adunanza e dalle mutue è quello di non affidare ai medici delle città e delle grosse borgate più di mille mutuanti.

Successivamente ha parlato l'on. Bonfatti esponendo i capisaldi federativi e mettendo in evidenza che fra la Federazione delle mutue ed il corpo sanitario debba esistere una reciproca comprensione e collaborazione.

È seguita un'ampia discussione che ha posto in rilievo lo spirito di disciplina ed il profondo sentimento di riconoscenza della classe medica verso il Duce, valorizzatore della classe stessa.

Per l'autorizzazione a viaggiare come mediei di bordo.

Il Ministero dell'Interno (Direz. Generale della Sanità Pubblica) ha diramato la seguente nota:

« Il Ministero delle Comunicazioni ha fatto presente le difficoltà che le Compagnie di Navigazione incontrano nel reclutamento del personale sanitario per l'armamento delle loro navi, in seguito alla deficienza di medici di bordo regolarmente autorizzati, che intendano seguire detta carriera.

Questo Ministero, mentre provvederà quanto prima ad indire una nuova sessione di esami di idoneità per la concessione della autorizzazione a viaggiare come medico di bordo, prega di volere intanto, per il tramite dei Sindacati Medici delle rispettive Provincie, portare a conoscenza dei sanitari, già provvisti della prescritta autorizzazione, il fabbisogno di medici di bordo, invitandoli a dirigersi alle Compagnie di Navigazione per un'eventuale loro assunzione ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

FANO (*Pesaro*). *Congregazione di Carità.* — Concorso per titoli, al posto di medico primario del Civico Ospedale S. Croce. Stipendio L. 7200. Servizio attivo L. 610. Caro-viveri come per gli altri impiegati dell'Ente. Compartecipazioni. Il tutto al lordo delle ritenute di legge. Scadenza 5 febbraio 1935-XIII.

NAPOLI. *Ospedali Riuniti.* — L'Amministrazione ha bandito i seguenti concorsi: 1) per 21 posti di assistenti chirurghi generici; 2) per 24 posti di assistenti medici generici; 3) per un posto di assistente pel servizio del reparto ostetrico-ginecologico; 4) per tre posti di assistenti pel servizio del reparto e dispensario dermosifilopatico dell'Ospedale Pace; 5) per un posto di assistente pel servizio del reparto e del dispensario oculistico dell'Ospedale degl'Incurabili; 6) per 3 posti di assistente pel servizio del gabinetto elettro-radiologico. Il termine per la presentazione delle domande scade alle ore 12 del giorno 28 febbraio. I posti messi a concorso sono senza stipendio.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Concorso, per titoli ed esami, a 35 posti di tenente in serv. perman. effettivo nel Corpo Sanitario Militare (ruolo ufficiali medici) del R. Esercito. Età limite 32 anni al 1° dic. Scad. 6 marzo. V. « Gazz. Uff. » N. 4 del 5 genn. 1935.

ROMA. *Istituto Nazionale Fascista per la Previdenza Sociale.* — Concorso, per titoli e per esami, a 60 posti di medico assistente presso gli Ospedali Sanatoriali dell'Istituto. Scadenza 15 febbraio 1935-XIII. Per le altre modalità vedere al N. 49 del 10 dicembre 1934.

REGGIO EMILIA. *Ospedale di S. Maria Nuova.* — È aperto il concorso per titoli al posto di Medico Primario del Reparto di Radiologia e Fisioterapia. Il posto è retribuito con l'annuo stipendio iniziale di L. 10.500 lorde di ricchezza mobile e aumentabili di un decimo alla fine di ogni quadriennio di servizio e per cinque quadrienni. Annesse a tale stipendio sono una indennità di caroviveri pari a quella che godono gli impiegati dello Stato, e un'altra indennità di caroviveri di L. 1500, indennità che verranno corrisposte fino a nuove disposizioni e salvo il disposto dei RR. DD. Legge 23 giugno e 29 dicembre 1927 n. 1159 e n. 2672. Andranno inoltre a favore del titolare del posto le percentuali sulle tariffe delle prestazioni fatte nel Reparto ai malati a carico proprio degenti nell'Ospedale e, delle prestazioni ambulatorie da chichessia e da qualsiasi Ente pagate, nelle proporzioni del 30 % sulle prime L. 50.000 degli introiti annui, del 20 % sulle seconde L. 50.000, e del 10 % sul rimanente. Detto stipendio, dette indennità e dette partecipazioni sono ridotte a termini dei RR. DD. Legge 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 aprile 1934 n. 561. Le domande dei concorrenti, stese su carta da bollo da L. 4, dovranno pervenire agli Uffici dell'Amministrazione dell'Ospedale (Reggio Emilia, via Roma 31) non più tardi delle ore 18 del 15 febbraio. Età limite 45 anni. Tassa L. 50,10. Per le altre condizioni chiedere copia dell'annunzio.

SASSARI. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 28 febbr.; 5 posti di direttore di Sezioni dispensariali, con assegno di L. 7200 annue lorde. Rivolgersi alla Segreteria.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Aiuto nella Divisione Pediatrica Umberto I; L. 4800, oltre il vitto e alloggio nel Reparto. Età limite anni 35. Scadenza 15 febbraio.

VERONA. *Istituti Ospitalieri.* — Direttore generale sanitario; proroga al 31 gennaio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

La Società Lombarda di medicina (Sezione dell'Accademia medica lombarda) nella sua ultima seduta, approvate le relazioni morale e finanziaria, rispettivamente dovute al presidente prof. Luigi Zoja e al cassiere dott. Giovanni Bravetta, ha proceduto alla rinnovazione delle cariche sociali. A presidente è stato eletto il prof. Adolfo Ferrata; a vice-presidenti i proff. Carlo Besta e Ferruccio Marcora; a consiglieri i proff. Marcello Lusena, Ivo Nasso, Giuseppe Stradiotti, Emilio Veratti; a vice-segretario dott. Luigi Gallone; a cassiere dott. Anton Spartaco Roversi.

La Commissione nominata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche per l'aggiudicazione dei premi « Lepetit » per laureati nel quinquennio 1928-1932, presieduta dal prof. Pende, esaminate le 69 pubblicazioni presentate dai 26 concorrenti che avevano ottemperato alle norme del bando di concorso, ha assegnato 5 premi, da lire 1500 ciascuno, ai dottori Enrico Adami e Giuseppe Disertori di Milano; Goffredo Prola di Genova; Flaviano Magrassi di Roma; Emilio Martini di Genova.

Il prof. M. Kappis, primario chirurgo nell'Ospedale civico di Hannover, è nominato ordinario di chirurgia (clinica chirurgica) a Würzburg, quale successore del prof. F. König, andato a riposo.

All'Accademia Nazionale di Medicina del Messico sono stati eletti per l'anno accademico 1934-1935 i dottori: presidente F. de P. Miranda; vice-presidente G. Baz; segretario perpetuo A. Pruneda; segretario annuale M. A. Bustamante; tesoriere R. Pardo.

NOTIZIE DIVERSE.

Società internazionale di antropologia e psicologia criminale.

Ad iniziativa della Società italiana di antropologia e psicologia criminale, si è riunita il giorno 20 dicembre u. s. a Parigi, alla presenza del Ministro della Giustizia, di numerose notabilità del campo medico e giuridico francese e di vari rappresentanti di altre Nazioni, la Società francese di profilassi criminale, allo scopo di discutere una proposta del prof. Di Tullio, relativa alla organizzazione di una Società internazionale di antropologia e psicologia criminale.

Dopo la relazione del prof. Di Tullio, della R. Università di Roma, rappresentante del Ministero della giustizia e della Società italiana di antropologia e psicologia criminale, fu decisa la creazione della suddetta Società internazionale, e fu stabilito che il suo primo congresso avrà luogo a Roma nell'ottobre 1935.

1° Congresso sulle brucellosi umane e animali.

Si terrà dall'11 al 13 giugno in Avignone; vi sono invitati medici, veterinari, igienisti, allevatori, amministratori. Il congresso, posto sotto il patronato dei poteri pubblici, delle Facoltà di medicina e delle Scuole di veterinaria della Francia, si occuperà della profilassi e della cura della grave endemo-epidemia, che risulta in continua estensione, e riceverà le comunicazioni di persone o di enti interessati alla lotta contro la brucellosi.

Verrà fatta un'escursione finale agli allevamenti della Camarga.

Iscrizioni e informazioni presso il segretario generale del congresso, Dr. Joseph Jullien, directeur du centre de traitement de la F. O., Joyeuse (Ardèche), Francia.

2° Congresso internazionale di neurologia.

Avrà luogo a Londra dal 29 luglio al 2 agosto 1935.

Saranno presi in esame quattro argomenti: epilessia; fisiologia e patologia del liquido cefalo-rachidiano; le funzioni del lobo frontale; l'ipotalamo e il sistema autonomo cerebrale.

Per informazioni rivolgersi al Dr. S. A. Kinnier Wilson, Harley Street 14, London, Inghilterra.

Comitato centrale di studi sanitari aeronautici.

Si è riunito a Roma, presso il Ministero dell'Aeronautica, presieduto dal Sottosegretario gen. Valle, il Comitato centrale di studi sanitari aeronautici.

Erano presenti i membri del comitato stesso, S. E. il prof. De Blasi, il prof. padre Gemelli, il compianto prof. Bilancioni, il prof. Herlitzka, il prof. Bastianelli, i direttori dei servizi sanitari delle tre forze armate, generali Franchi, Falso e colonnello Monaco, i capi degli istituti medico-legali per l'Aeronautica colonnelli Gargiulo, Balla, Porru, Marselli e maggiore Taletti.

La riunione rivestì particolare importanza per la natura degli argomenti in discussione, fra i quali i problemi attinenti ai voli stratosferici e la determinazione di provvedimenti atti a maggiormente generalizzare l'idoneità al volo dei candidati al pilotaggio, in relazione all'estensione sempre maggiore delle possibilità militari e civili dell'aviazione.

Mostra italiana per il IV Congresso internazionale ospedaliero.

In occasione del IV Congresso internazionale ospedaliero, che avrà luogo a Roma nel prossimo maggio, e che richiamerà numerose rappresentanze dei maggiori Stati, il Comitato promotore ha preso l'iniziativa, come abbiamo già detto, di organizzare una Mostra ospedaliera, per la cui realizzazione il Sindacato nazionale ingegneri ha offerto la collaborazione e il locale necessario.

L'organizzazione procede con metodo e con alacrità; attualmente si sta allestendo la raccolta del materiale che verrà esposto e che dovrà dimostrare agli stranieri quanto ha realizzato l'Italia nell'ultimo decennio e prima dell'Era fascista.

Dimostrazione quanto mai opportuna, in quanto è la prima volta che ha luogo un'iniziativa simile che pone in rilievo la nostra larga attività in proposito.

Prossimi congressi medici.

1935.

Gennaio 27 - febbraio 3, Parigi: 15° Salone dei medici. Galerie des Beaux-Arts, faub. Saint-Honoré 140. Segret. gener.: P.-B. Malet, rue Lecourbe 46, Paris (15e).

Febbraio 23-24, Cortina d'Ampezzo: Convegno per lo studio della tubercolosi osteo-articolare. Rivolgersi: prof. Carlo Molon, campo Bandiera e Moro 3011, Venezia.

Marzo 2-3, Praga: Congresso della Società tedesca per la medicina interna e la neurologia, della Cecoslovacchia. Segreteria: Deut. Univers., Mediz. Klinik, Praha II 499, Cecoslovacchia.

Marzo, data indet., Parigi: Riunione annuale della Società d'idrologia medica. Segret. gen.: Dr. J. Galup, rue Bonaparte 59, Paris (6e).

Marzo, data indet., Montpellier: Riunione idrologica e climatologica. Segret. gen.: prof. P. Puech, rue Aiguillerie 32, Montpellier.

Aprile 8-11, Wiesbaden: 47° Congresso tedesco di med. interna. Presidente: prof. Schottmüller, Alsterufer 33, Hamburg 36, Germania.

Aprile 14-19, Bologna: 2° Congresso internazionale di stomatologia. Segretario gen.: prof. A. Brunetti, via San Vitale 19, Bologna.

Aprile 15-17, Algeri: 9° Congresso dell'Associazione dei ginecologi e ostetrici di lingua francese. Pres.: prof. Laffont.

Aprile 15-18, Nizza: 8° Congresso francese d'otoneuro-oftalmologia. Segr. gen.: Dr. Aug. Tournay, rue de Vaugirard 58, Paris.

Aprile 15-18. Marsiglia (anteriormente indetto a Rabat): 8° Congresso naz. franc. sulla tubercolosi. Segret. gen.: G. Masson, boulev. Saint-Germain 120, Paris (6e).

Aprile 23, Lione: 68° Congresso delle società scientifiche francesi.

Aprile, data indet., Roma: Congresso ital. di ostetricia e ginecologia. Segret.: prof. C. Micheli, via XX Settembre 68, Roma.

Maggio 5-12, Roma: 4° Congresso internaz. ospedaliero. Segreteria: Ospedale di S. Spirito, borgo di S. Spirito 2, Roma.

Maggio 13-16. Parigi: 48° Congresso francese di oftalmologia. Segr. gen.: Dr. René Onfray, avenue de la Motte-Piquet 6, Paris VIIe.

Giugno 7-8, Bordeaux, Giornate ortopediche. Segretario: Dr. L. Pouyanne, rue Saint-Genès 103, Bordeaux.

Giugno 8-10, Salies-de-Béarn: 4° Congresso della Società francese di ginecologia. Pres. effett.: prof. Guyot, Bordeaux.

Giugno 11-13, Avignone: 1° Congresso delle brucellosi umane e animali. Segret. gener.: Dr. Jullien, Joyeuse (Ardèche), Francia.

Giugno 11-17, Bruxelles: 3° Congresso internaz. dell'aviazione sanitaria. Commissario generale: Dr. Charles Sillevaerts, chef fu Service de Santé de l'Aéronautique, Bruxelles, Belgio.

Giugno 29 - luglio 3, Bruxelles: 14ª Sessione delle Giornate mediche. Segret. gen.: Dr. Beckers, rue Béliard 141, Bruxelles.

Luglio 22-27, Bruxelles: 39° Congresso dei medici alienisti e neurologi della Francia e dei paesi di lingua francese. Segret. gen.: Dr. Combemale, Bailleuf (Nord), Francia.

Luglio 23-27, Londra: Congresso internaz. sull'assicurazione-vita. Segretario: Dr. Otto May, Helborn Bars 142, London E. C., Inghilterra.

Luglio 29 - agosto 2, Londra: 2° Congresso internazionale neurologico. Segret. gener.: S. A. Kinnier Wilson, M. D., Harley Street 14, London.

Luglio 30 - agosto 6, Bruxelles: 12° Congresso internaz. di farmacia.

Luglio, data indet., Londra: 6° Congresso internazionale per l'organizzaz. scientifica e la razionalizzazione del lavoro. Rivolgersi: Ente Nazionale It. per l'organizzaz. scientif. del lavoro, via Cesare Battisti 131, Roma.

Luglio, data indet., Bruxelles: 7° Congresso internazionale di medicina infortunistica e malattie del lavoro. Segret. gen.: Dr. Yersin, rue de la Monnaie 3, Genève, Svizzera.

Agosto 8-10, Bruxelles: 1° Congresso internaz. di gastro-enterologia. Segret. gen.: Dr. Georges Brohée, rue de la Concorde 64, Bruxelles, Belgio.

Agosto 9-17, Mosca: 15° Congresso internaz. di fisiologia. Segret. gen.: Dr. L. C. Feodorof, Main P. O. Box 13, Leningrad, U. R. S. S.

Settembre 2-9, Bucarest: 8° Congresso internaz. di medicina e farmacia militari. Segret. gen.: col. Voncken, Hôp. militaire, Liége, Belgio.

Settembre 9-15. Melbourne: 103ª riunione dell'Associazione Medica Britannica.

Settembre 11-13, Plombières: Congresso internazionale sulle coliti. Presidente: prof. P. Carnot.

Settembre 14-16, Vittel: Congresso internaz. sulla gotta e l'acido urico. Segret. gen.: Dr. Maurice Boigey, Vittel (Vosges), Francia.

Settembre 15-21, Budapest: 9° Congresso internazionale di dermatologia e sifilologia. Presidente: prof. Ludwig Nekom, Budapest.

Settembre 20-25, Bruxelles: 4° Congresso della Societas oto-rhino-laringologica latina. Segr. gen.: Dr. Chavanne, Lyon, Francia.

Settembre. 23-25, Madrid: 10° Congresso internazionale di storia della medicina. Segretario gen.: F. Javier Cortezo, Palacio de la Academia Nacional de Medicina, calle de Arrieta 12, Madrid.

Ottobre 4 e ss., Bruxelles: Riunione della Società francese di ortopedia.

Ottobre 7 e ss., Parigi: 44° Congresso francese di chirurgia. Segreteria gen.: rue de Seine 12. Paris.

Ottobre 7 e ss., Parigi: 30° Congresso francese d'urologia. Segret. gen.: Dr. O. Pasteau, avenue de Villars 13, Paris.

Ottobre, data indet., Bologna: 41° Congresso della Società ital. di medicina interna.

Ottobre, data indet., Bologna: 42° Congresso della Società ital. di chirurgia.

Ottobre, data indet., Roma: 1° Congresso della

Società internaz. di antropologia e psicologia criminale. Rivolgersi: prof. B. Di Tullio, piazza Cavour 25, Roma.

Ottobre, data indet., Parigi: 3ª sessione annuale dei medici elettro-radiologi di lingua francese. Segr. gen.: Dr. Dariaux, boulev. Rochechouarte 9-bis, Paris.

Ottobre, data indet., Parigi: 48° Congresso francese d'O.-R.-L. Segret. gen.: Dr. Flurin, avenue Mac-Mahon 19, Paris.

Ottobre, data indet., Parigi: 22° Congresso annuale d'igiene. Segr. gen.: Dr. A. Dujarric de la Rivière, rue Dutot 25, Paris (15e).

Ottobre, data indet., Parigi: Congresso francese di chirurgia riparatrice. Segret. gen.: Dr. Dartigues, rue de la Pompe 81, Paris (16e).

Ottobre, data indet., Parigi: 9° Congresso francese di stomatologia.

Ottobre, data indet., Parigi: 44° Congresso francese di chirurgia.

Ottobre, data indet., Parigi: 14° Congresso dei medici e chirurgi ospedalieri.

Ottobre, data indet., Parigi: Associazione dei membri del corpo insegnante delle Facoltà mediche statali.

Dicembre, data indet., Parigi: Congresso della Società di patologia comparata.

Epoca da fissarsi, Bruxelles: 20° Congresso di medicina legale e di medicina sociale di lingua francese. Pres.: Héger-Gilbert.

Epoca da fissarsi, Cairo: 10° Congresso internaz. di chirurgia. Segret. gen.: prof. Léopold Mayer, rue de la Loi 70, Bruxelles.

Epoca e sede da fissarsi, Italia: 2° Congresso mediterraneo d'igiene.

1936.

Luglio 27-31, Parigi: 2° Congresso internaz. d'igiene mentale. Presidente del Comitato per il programma: Dr. René Charpentier, rue Peronnet 129, Neilly-sur-Seine (Seine), Francia.

Ottobre 12 e ss., Buenos Aires: 1° Congresso internazionale di cultura latina. Presid. del Comitato organizzat.: Dr. Gonzalo Bosch Araña, profesor titolar de medicina operatoria, Faculdad de Ciencias Médicas, Buenos Aires, Argentina.

Epoca indet.:

Amsterdam: 2° Congresso internaz. sulle malattie tropicali.

Berlino: Congresso internaz. di oto-rino-laringologia.

Berna: 1° Congresso dell'Unione terapeutica internazionale. Segr. gen.: Dr. G. Leven, rue de Téhéran 24, Paris (8e).

Bordeaux: 9° Congresso dell'Associazione francese di pediatria. Pres.: Dr. Rocaz.

Buenos Aires: Congresso dell'alimentazione. Presidente del Comitato: prof. Pedro Escudero.

Lisbona: 10ª Conferenza dell'Unione internaz. contro la tubercolosi. Segret. gen.: prof. F. Bezançon, rue de Monceau, Paris.

Palermo (o altra città della Sicilia): 10° Congresso italiano d'igiene.

Parigi, ottobre: 24° Congresso francese di medicina interna.

Roma: 4° Congresso internaz. di pediatria. Presidente: prof. L. Spolverini, R. Clinica pediatrica, Roma (127).

Roma: Congresso della Soc. internaz. di chirurgia ortopedica.

Roma: Congresso internaz. per la tutela dell'infanzia.

Wiesbaden: Congresso internaz. sulla luce. Presidente: Axel Reyn (Danimarca).

1937.

Barcellona, feste pasquali: 4° Congresso dei dermatologi e sifilografi di lingua francese. Pres.: Dr. Milian.

Un po' dovunque.

Un Congresso nazionale energo-futurista-naturista si è tenuto a Genova nei giorni 8-10 gennaio, nei locali del Palazzo Ducale, sotto la presidenza di Marinetti. Vi hanno partecipato varie notabilità mediche. L'architetto Rosso ha parlato della casa naturista-futurista e delle sue esigenze igieniche. Il sen. Pende ha trattato il tema dell'alimentazione secondo la natura dell'individuo. Fu inneggiato ripetutamente al Duce.

In collegamento col congresso sulla gotta e sull'acido urico, indetto a Vittel dal 14 al 16 settembre, si terrà un congresso sulle coliti, a Plombières, dall'11 al 13 settembre, sotto la presidenza del prof. P. Carnot di Parigi.

Come abbiamo annunziato, la Società Tedesca di medicina interna si adunerà dall'8 all'11 aprile, in Wiesbaden. Le sedute del primo giorno si terranno in comune con la Società per gli studi sulla circolazione; quelle dell'ultimo giorno unitamente alla Società di balneo-climatologia.

La Società Lombarda di Ostetricia e Ginecologia si è adunata il 15 novembre sotto la presidenza del prof. E. Alfieri. Furono fatte comunicazioni da: P. Perazzi, M. Repetti, F. Bentivoglio, F. Colloridi, L. Roos.

Dal 1° gennaio ha cominciato a funzionare allo Stadio del P. N. F., gratuitamente per tutti gli sportivi tesserati alle varie Federazioni, od iscritti ai Fasci Giovanili di Combattimento e Gruppi Universitari Fascisti, in regola col tesseramento anno XIII, l'ambulatorio medico assistenziale della C.N.P. del C.O.N.I.

Analoga attrezzatura è in corso d'attuazione per tutti i centri sportivi più importanti d'Italia.

Il 6 gennaio ebbe luogo la solenne adunanza inaugurale del R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, sotto la presidenza di S. E. Solmi, sottosegretario all'Educazione Nazionale.

Si è fondata a Monaco la nuova cattedra di « dottrina di salute del popolo » ed affidata al dott. Schultze, commissario statale per i servizi sanitari della Baviera, al quale di recente si era conferito il titolo di professore onorario.

Il 18 maggio verrà celebrato il 150° anniversario della fondazione dell'Ospedale Generale di Vienna; il presidente della Repubblica inaugurerà un monumento del primo direttore dell'Istituto, Johann Peter Frank.

Il Governo russo ha progettato la fondazione di un colossale centro di studi medici, presso Mosca: sarà l'istituzione più grandiosa e meglio attrezzata del mondo. Si è nominata, all'uopo, una commissione, la quale si è recata a studiare le istituzioni mediche di New York.

A quanto riferisce il prof. Nicolas I. Kramo-

dorsky, direttore dell'Istituto di medicina sperimentale di Leningrado, il Centro consterà di 8500 abitazioni, distribuite in 12 edifizi; occuperà 80 ettari di superfice; vi saranno addetti 3000 uomini di scienza. Una caratteristica *sui generis* sarà la riproduzione, nelle case, di tutti i climi e di tutte le altitudini. Vi sarà una sezione per lo studio dei rimedi popolari.

Alla Casa del Fascio di Milano l'on. E. Morelli ha inaugurato il corso dell'Istituto fascista di cultura su « Le lotte del Regime contro le malattie sociali » con una lezione sul tema: « Organizzazione della lotta antitubercolare in Italia ». La seconda lezione fu tenuta dal sen. L. Devoto sul tema: « Il libretto fascista di lavoro visto da un medico ».

È stato organizzato a Milano un corso di logopedia e fonoiatria, diretto dal prof. E. Medea.

Si è compiuto mezzo secolo di vita della « Riforma Medica », fondata nel 1885 da Gaetano Rummo e che ha perseguito, senza soste, intenti nobilissimi. Cordiali auguri.

Il prof. G. Zagari si è dimesso dalla direzione medica di « Rassegna internazionale di Clinica e Terapia »; essa è stata assunta dal prof. G. Di Guglielmo.

Ricorrerranno nel 1935 i centenari delle nascite di Ranvier (Lione), Benedikt, Politzer e Chorstek (Vienna), Parkinson (Londra), Eberth (Halle) e il centenario della morte di Dupuytren (Parigi).

In Francia le Federazioni di educazione fisica e di sport erano state invitate ufficialmente, con circolare che risale al 1932, ad esigere da ogni candidato una visita medica, avente lo scopo di determinarne le attitudini agli esercizi fisici. Alle visite dovrebbe far seguito la redazione di una cartella fisiologica e di una cartella di attitudine (« fiche de performance »). Ora le Federazioni, senza contestare l'utilità di questo provvedimento, temono le spese che ne derivano; perciò pensano di affidare le visite mediche e la sorveglianza dei giovani sportivi ai medici militari, i quali, naturalmente, presterebbero opera gratuita...

La Corte d'appello di Parigi, con sentenza del 29 ottobre 1934 (pubblicata sulla « Gazette des Tribunaux » del 24 novembre), ha riconosciuto la colpabilità di un chirurgo, dott. Muller, che, coadiuvato da due assistenti, aveva praticato un intervento per ulcera gastrica, dimenticando nello stomaco una compressa, che fu estratta dal prof. Pauchet dopo 36 giorni. La operata, sig.a La Vagnères, dovrà corrispondere gli onorari al Muller; questi, a sua volta, è stato condannato ai danni e interessi, computati in 12.000 franchi.

Una grave epidemia di dissenteria è scoppiata in un popoloso sobborgo di Yokohama.

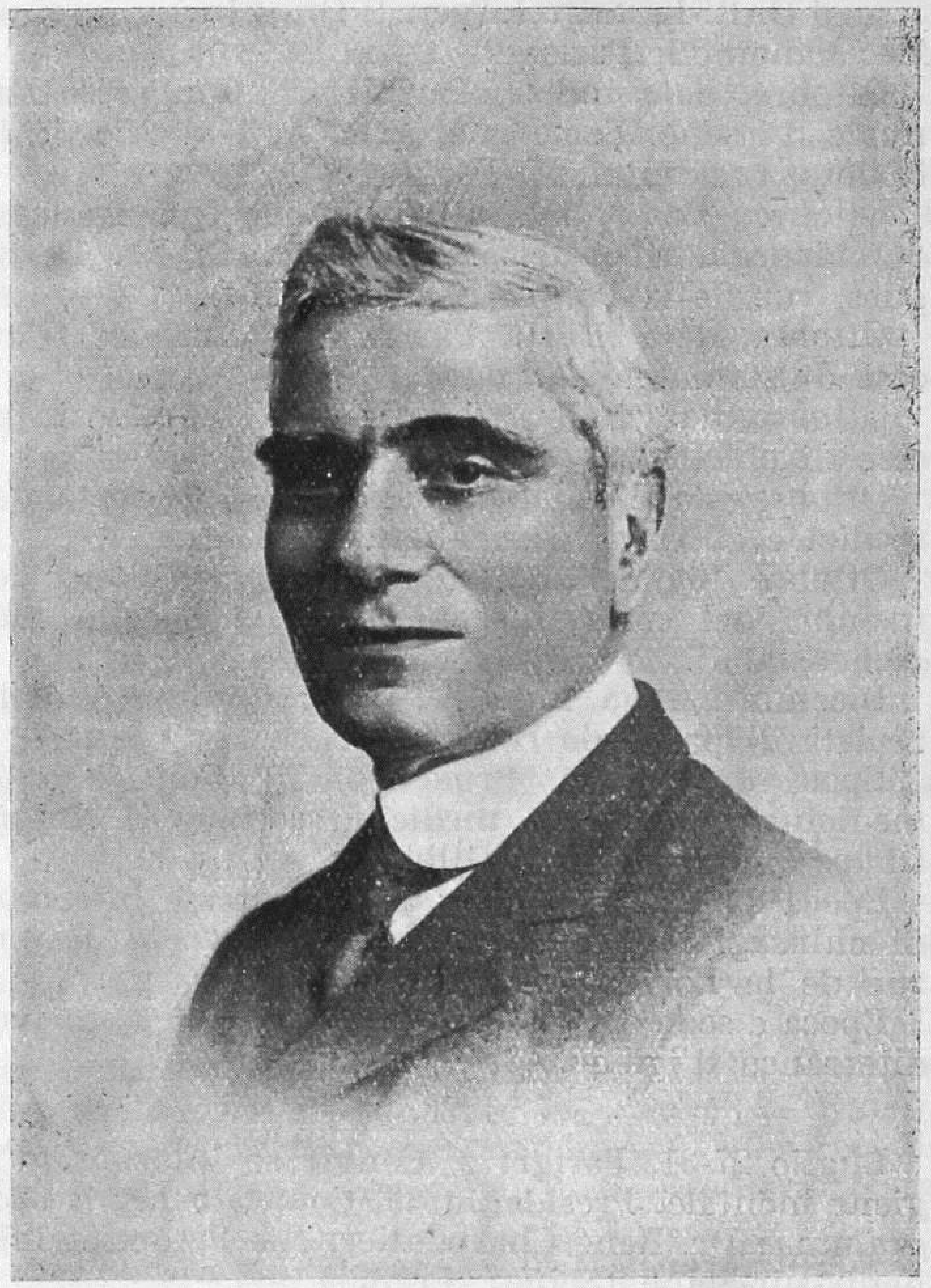
Da una relazione del sen. Rothenberger al Senato di Amburgo, risulta che in questa città erano state sterilizzate e rese improlifiche 1439 persone.

Il prof. Pestalozza è stato commemorato all'Accademia di Medicina di Parigi, nella seduta dell'8 gennaio, dal presidente dott. Siredey.

Mentre questo fascicolo va in macchina, vengono adottati importanti provvedimenti nel campo sanitario dal Consiglio dei Ministri.

GUGLIELMO CRISAFULLI

Il 22 dicembre u. s. cessava di vivere in Roma, all'età di 73 anni, l'Ispettore generale medico a riposo, gr. uff. dott. GUGLIELMO CRISAFULLI. Siciliano di nascita, fece i suoi studi a Palermo, ove



n. 26-10-1862 — m. 22-12-1934.

conseguì la laurea nel 1887 ed ove, in seguito, fu assistente ordinario nella Clinica medica generale della R. Università, dal 1888 al 1893. Egli ebbe così campo di formarsi una solida cultura medica e scientifica, per modo che, dopo un biennio di assistentato presso il Laboratorio batteriologico della Sanità Pubblica, allora diretto dal prof. Luigi Pagliani, superò brillantemente il concorso per medico provinciale, classificandosi 1º fra i concorrenti.

Medico provinciale di Forlì, Brescia, Perugia e Catania, seppe dimostrare le sue eccezionali doti di funzionario e di igienista provetto, esplicando nelle più svariate occasioni la più solerte attività.

Scoppiata la guerra, fu inviato nel giugno del 1915, in zona di operazioni con funzioni ispettive presso il Segretariato generale del Comando Supremo, ed assegnato in servizio alla Direzione di Sanità della III Armata, per tutta la durata della guerra. L'attività da Lui spiegata in tale servizio pur tra disagi e pericoli, fu tale da meritare i più caldi elogi dei Comandi e il plauso dei superiori.

Successivamente, dal 1918 al 1922, fu incaricato delle funzioni di Segretario medico-capo del Consiglio Superiore di Sanità, e nel 1923 fu nominato Ispettore generale medico, carica che tenne per quasi un decennio, fino al collocamento a riposo, per raggiunti limiti di età e per anzianità di servizio, avvenuto nel 1932, spiegando sempre un'at-

tività multiforme ed alacre anche in questo campo e rendendo servizi all'Amministrazione sanitaria statale.

Appassionato in modo eccezionale alla sua professione e al suo dovere, fu dovunque apprezzato e stimato per la sua integrità, per la sua cultura, per la squisitezza dei modi e per la grande bontà dell'animo.

Era decorato di due medaglie d'argento di benemeriti della pubblica salute, della medaglia al merito della Sanità pubblica, della Croce al merito di guerra di quattro campagne e di una onorificenza francese, attribuitagli durante il servizio presso il Comando Supremo.

Sempre noncurante del pericolo e della propria persona, nel 1914 in Acireale (Catania), in occasione del terremoto, accorse prontamente sul luogo del disastro per organizzare il servizio sanitario, meritandosi, per il suo fermo contegno, la medaglia d'argento al valor civile.

Patriota e italiano di salda fede, aderì con entusiasmo al Regime, e la sua vita fu esempio di rettitudine e di operosità.

Alla memoria di Lui, che lascia il più largo rimpianto fra i funzionari dell'Amministrazione sanitaria del Ministero dell'Interno, vada il commosso saluto della famiglia medica italiana. T. C.

Si annunzia la morte, avvenuta a Losanna, di CESARE ROUX, in età di 77 anni; egli insegnò per molti anni clinica chirurgica in quella Università cantonale; ha compiuto opera di pioniere così nella cura chirurgica dell'appendicite, come nella chirurgia polmonare.

La Facoltà Medica di Roma ha subìto un'altra gravissima perdita, con la morte di GUGLIELMO BILANCIONI, del quale ci riserviamo di dare una notizia biografica in un prossimo numero.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Minerva Med., 27 ott. — C. GAMNA. Morbo di Cushing. — C. BORSOTTI. Trattam. del gozzo con il metodo Luton.

Rass. Intern. di Cl. e Ter., 15 ott. — D. TADDEI. Il trattam. del prostatico.

Riv Ital. di Ginec., ott. — R. BOLAFFI. Ormonuria preipofisaria nei tumori maligni dell'utero.

Wien. Klin. Woch., 26 ott. — RAAB. Patogenesi dell'obesità.

Ann. It. di Chir., 30 sett. — M. DAINELLI. Uso degli estratti di tessuti a scopo emostatico.

Arch. It. di Chir., ott. — C. CICERI e S. GABRIELLI. Variazioni della glicemia alimentare indotta della alcoolizzazione degli splancnici: tentativi di cura del diabete mellito.

Sang, 8. — L. BOUCHUT. Mielosi aleucemica decalcificante.

Presse Méd., 27 ott. — P. VALLERY RADOT e al. La crisi emicranica è di origine simpatica?

Med. Klinik, 26 ott. — R. HERBST. L'enfisema. — H. SCHOENEMANN. L'abitudine del fumare.

Münch. Med. Woch., 19 ott. — O. DYES. Trattamento della nevralgia del trigemino. — H. STEPHAN. Magrezza cerebrale.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 ott. — Numero sulla tubercolosi.

Pathologica, 15 ott. — A. GRASSI. Specificità morfologica della cellula neoplastica. — I. RIZZI. Associazione di cancro e tbc. gastrica.

Arch. Istit. Biochim. It., ag. — A. SLAVIERO. Intossicaz. da fluoro.

Riv. di Cl. Ped., ott. — G. SANPAOLESI. Adrenalina e glicoregolazione. — P. SCHIAPARELLI e A. BASSI. Influenza della tiroide e del timo sulla fosfaturia e la glicemia.

Prensa Méd. Argent., 10 ott. — C. PATIÑO MAYER e al. Il terreno costituzionale nella tbc. polm.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

☛ ***Ricordiamo le seguenti interessanti pubblicazioni:***

Dott. Prof. ARNOLFO CIAMPOLINI Docente nella R. Università di Milano

Il trauma nella etiogenesi delle malattie

(Rapporti clinici e medico legali).

Prefazione di CESARE FRUGONI, Clinico Medico di Roma.

Perchè tutti i medici ne abbiano cognizione, riportiamo uno dei tanti giudizi espressi dalla stampa medica, su questo libro del prof. CIAMPOLINI:

« Questo « bel libro » — come giustamente afferma il prof. Cesare Frugoni che ha voluto dettare la prefazione al lavoro — « non interesserà soltanto quanti della speciale materia si occupano come di loro particolare settore di studio, ma quanti sentono nella clinica generale sempre la dominatrice di tutti i problemi ».

Nei comuni trattati di patologia e di clinica eravamo abituati a considerare nei vari capitoli anche il trauma nei molteplici aspetti della parola, quale causa di numerose malattie, ma nessuno aveva forse pensato a presentarci in un volume organico, perfettamente inquadrato, il problema staccato dagli altri rapporti etiogenetici, come ha fatto l'A.

Per questo, la materia acquista quasi un aspetto nuovo, una omogeneità evidente ed un interesse particolare.

Merito questo dell'A., valoroso competente in traumatologia che col volume attuale conferma la sua fama di fine clinico e di più fine critico. Specialmente interessanti i capitoli sulle cause morbose, sullo sforzo come azione morbigena, sull'interpretazioni di lesioni od alterazioni dovute a sforzo sui rapporti fra trauma e tumori, fra trauma ed emopatie e malattieostio-articolari, ecc.

Interessanti ancora, i capitoli sulle affezioni cardiovascolari e polmonari, renali e digerenti traumatiche.

È questa una nuova preziosa perla che si accresce alla collana dei manuali del Policlinico ».

(da « *La Cultura Medica Moderna* », n. 12 del 31 dicembre 1932, Palermo). Prof. M. PAVONE.

Volume di pagg. XII-550.

Prezzo: in brochure L. **52,** rilegato in tela L. **58,** più le spese postali di spedizione.

Per gli abbonati al « *Policlinico* », rispettivamente, L. **47** e L. **53** in porto franco.

Prof. ARNOLFO CIAMPOLINI Docente di Medicina Legale degli Infortuni nella R. Università di Milano

La Traumatologia del Lavoro nei rapporti con la Legge

(Seconda edizione completamente rifatta e ampliata.)

Affinchè i signori Medici possano edursi della grande utilità che ha questo volume del prof. Ciampolini, riportiamo i seguenti giudizi espressi da Riviste Italiane:

« È questo un libro che fa testo in materia, sia per la vastità che l'A. ne ha data allo svolgimento, sia per la dottrina con cui questo è stato compiuto. Opere simili fanno realmente onore alla produzione scientifica del nostro Paese.

Tutto il largo campo della traumatologia del lavoro è trattato nei 135 capitoli di cui si compone il grosso volume; lo studioso vi trova quindi una guida valida e sicura nella propria attività professionale in riguardo all'infortunistica. Ma soprattutto in un campo assai pratico è da notare che dopo la legge assicurativa agricola, l'opera della intera classe dei medici condotti in questa materia è venuta ad essere di somma importanza e responsabilità, spettando appunto al medico condotto riconoscere l'infortunio, sceverarne il caso di frode, descriverne la sintomatologia, ecc.

Per i suddetti sanitari il volume del Ciampolini, mentre colma una lacuna nella letteratura medica, riesce di prezioso aiuto pratico e adatto ai casi che ordinariamente si presentano nell'esercizio professionale.

L'A. abituato a trattare la sua materia sia dalla cattedra universitaria che nel suo esercizio quotidiano, ha riunito in questo lavoro numerose osservazioni particolari corredate da discussioni scientifiche sulle varie vicende da cui quelle furono accompagnate nei casi pratici occorsigli.

L'attuale seconda edizione è stata altresì rifatta per intero e notevolmente ampliata; la veste tipografica data al volume dal solerte Editore romano, al quale mandiamo un plauso incondizionato, non poteva essere più nitida e decorosa.

(dalla Rivista « *La Difesa Sociale* », Roma, anno VII, n. 2). L.

« È un manuale della collana del « Policlinico *» destinato non solo ai medici infortunisti, ma ai periti di materia infortunistica, ed a tutti i medici che sono chiamati a trattare un caso d'infortunio sul lavoro. L'A. divide l'opera in due parti:*

Una prima parte generale, in cui tratta delle cause lesive e della inabilità al lavoro.

In detta parte è svolta tutta la materia dottrinale dell'infortunistica. La configurazione medico-legale dell'infortunio e i suoi elementi, le cause violenti che lo determinano; cause d'ordine fisico, chimico psichico, agli effetti dell'infortunio, cioè la minorazione o la perdita della capacità lavorativa, e la possibilità di riadattamento sia a mezzo della chirurgia riparatrice che delle funzioni vicarie e dell'adattamento funzionale sul quale argomento l'A. espone gli studi e le conclusioni personali. Nella stessa parte l'A. espone anche la questione delle concause; concause di lesioni e concause di inabilità, la procedura per la liquidazione dei danni, lo scopo, e la procedura delle perizie e dell'arbitrato medico; studia la simulazione, le prestazioni e le autolesioni nella pratica infortunistica, e chiude trattando della necroscopia.

Nella seconda parte l'A. studia i traumi delle varie regioni e la valutazione dei loro danni lavorativi agli effetti della legge sugli infortuni.

In complesso è un libro realmente utile nell'esercizio giornaliero degli infortuni sul lavoro, in cui l'A. ha riunito il pregio della praticità a quello di una esposizione breve e chiara della parte dottrinale ».

(dalla Rivista « *La Cultura Medica Moderna* », anno VI, n. 8, Palermo). G. CIRIMINNA.

Volume di pagg. XXIV-1004, rilegato in tela. Prezzo L. **80,** più le spese postali di spedizione.

Per gli abbonati al « Policlinico » solo L. **72** in porto franco.

ANNO XLII Roma, 28 Gennaio 1935 - XIII Num. 4

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI

OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA
SCUOLA DI MEDICINA PRATICA « A. MINICH »

Commozione midollare: sindrome paraplegica intermittente.

LEZIONE del Prof. G. JONA, medico primario

Il malato che vi presento, M. G., di 56 anni, viaggiatore di commercio, non ha precedenti famigliari degni di nota.

È uomo sobrio, laborioso, non fu luetico. Sposò donna sana: ha quattro figli vivi e sani.

Nei suoi precedenti morbosi, vi è la malaria contratta due volte, l'una a 20 anni, e durò tre mesi, l'altra a 38 anni, in guerra, e durò due mesi.

Successivamente nel 1916, in trincea di montagna, dopo di esser rimasto per dieci giorni bloccato dalla neve, riportò grave congelamento ai due piedi, con minaccia di gangrena fino a metà della regione metatarsica: uscì dall'ospedale dopo sei mesi, ancora con dolori che gli impedivano di toccar terra coll'avampiede, e che poi lentamente cessarono.

Dopo la guerra, riprese la sua vita, in perfetta efficienza. Alla fine dell'ottobre u. s., in una notte oscura mentre per i suoi affari, correva in bicicletta lungo il Terraglio, cadde in un fosso profondo battendo violentemente il dorso contro il ciglio. Perdette la conoscenza, fu raccolto dopo mezz'ora da passanti e trasportato al vicino Ospedale di Mestre.

Riacquistò la conoscenza dopo alcune ore. All'ospedale fu constatata contusione grave al dorso, impossibilità di reggersi in piedi, debolezza estrema nei movimenti degli arti, vivacità del riflesso patellare, ipoestesia grave agli arti inferiori.

Riprese lentamente la capacità di reggersi e di muoversi: rimase tre mesi in Divisione Medica, poi per vasto ascesso da iniezione alla natica d. passò in Divisione Chirurgica da cui uscì il 23 gennaio, atto a reggersi ed a camminare da solo benchè a passo un po' lento.

Il giorno 23 febbraio mentre era in istrada, fu colto da improvviso senso di debolezza e di formicolio agli arti inferiori per cui solo lentissimamente e con grandissima pena riuscì a portarsi sino a casa, ove si distese a letto, in inerzia pressochè assoluta degli arti inferiori, da cui, con energico massaggio con sostanze aromatiche, potè in breve riprendersi.

Dopo alcune ore, uscì nuovamente per recarsi a casa sua, ma improvvisamente sentì nuovamente *mancargli le gambe*, cadde bruscamente, battendo l'occipite contro terra, perdette i sensi per pochi minuti, fu trasportato paraplegico nella nostra sala.

Lo stato presente di allora, porta: individuo in buone condizioni generali, in perfetta coscienza, colle funzioni viscerali normali. Non ha sofferenza tranne una dolenzia in sede lombare, all'altezza della 5ª lombare, che si esagera alla pressione e ch'egli in modo preciso fa risalire all'epoca della caduta nel fosso del settembre ultimo scorso.

Il reperto fisico del torace e dell'addome è negativo, urine normali, apiressia, pressione della radiale al Pachon M. 125, med. 80, mm. 55.

L'esame del sistema nervoso è negativo nel campo della innervazione cerebrale (pupille isocoriche normalmente reagenti). Arti superiore e tronco: motilità e sensibilità normale. Riflesso epi-ipo gastrico, conservati.

Gli arti inferiori sono in posizione di abbandono: possono eseguire tutti i movimenti ma con un minimo di energia.

Il riflesso patellare è presente, esagerato bilateralmente.

L'achilleo normale a. d. torpido a sin. L'alluce è dai due lati in flessione dorsale lieve: si provoca lieve Babinski, collo stimolo plantare.

Il malato non riesce assolutamente a reggersi in piedi: appena fatto scendere, e per quanto sorretto, tende a cadere pesantemente.

Vi hanno alterazioni di sensibilità evidenti ai piedi e alla gamba fino al 3° inferiore della coscia, con distribuzione simmetrica, e sempre più intense andando dalla parte centrale alla parte distale dell'arto. Tutte le forme di sensibilità sono colpite, e nei tratti più distali vi è anestesia completa, più estesamente (superficie anteriore e postero-esterna della gamba sin. e avampiede destro) per il dolore, meno estesamente (avampiede bilateralmente) per il caldo ed il freddo, e ancor meno estesamente (estremità digitali) per il contatto.

Le sensibilità profonde sono alterate soltanto alle estremità digitali, per le articolazioni metatarso-falangee e inter-falangee.

Non vi sono turbe gravi degli sfinteri; però di tratto in tratto vi ha qualche fatto di modica incontinenza orinaria.

Orine normali. Reaz. di Wassermann nel sangue negativa. La puntura lombare (22-3) diede liquido limpido; press. iniziale al Claude 30 cm. (dopo compr. delle giugulari 40), terminale 18 (posizione seduta), albumina 0,25 ‰; glucosio 1 ‰; linfociti 2,7; Reaz. di Wassermann, negativa.

L'esame radiologico della colonna lombo-sacrale nulla dimostrò di patologico.

L'ammalato, sottoposto a massaggio, ad iniezioni di stricnina, a coppettazione della regione lombare, cominciò a migliorare dopo i primi giorni di degenza: dopo dieci giorni, riusciva a reggersi stentatamente da solo, poi cominciò a far qualche passo col bastone; e dopo quattro mesi (il 16 giugno) potè uscire, con deambulazione regolare, residuando solo una notevole facilità alla stanchezza.

Attese al lavoro, camminando un po' faticosamente, ma senza appoggio ed anche per due tre ore.

Ma il giorno 7 ottobre fu colto nuovamente da improvvisa impossibilità di reggersi, seguita da rachialgia dorsale, cadde riverso, fu raccolto e trasportato qui, e ora lo troviamo nuovamente paraparetico nelle stesse condizioni di quando è entrato nel febbraio.

Non vi ripeto un esame obbiettivo che è identico al precedente.

Vi aggiungo solo che la puntura lombare eseguita nuovamente il g. 14 ha dato liquido limpido, acqua di roccia, uscente a zampillo con caratteri eguali a quelli dell'es. precedente.

Oggi, dopo 8 giorni dall'ingresso, egli comincia appena a reggersi, ed a fare qualche passo da solo.

Vi prego di osservare la sua deambulazione, stentata, a piccoli passi, traballante al menomo ostacolo, sempre in imminenza di caduta, e che dopo 8-10 passi abbisogna di un sostegno per non cadere.

Ed ora riassumiamo il caso:

Un uomo di 56 anni, sano, in piena attività di lavoro, cade violentemente in un fosso, battendo colla regione lombare contro il ciglio: perde la conoscenza, si risveglia con paraparesi grave.

Guarisce lentamente: dopo un mese è preso nuovamente da perdita improvvisa degli arti inferiori, cade a terra.

Riesce a riaversi, ma il giorno dopo ricade ed è accolto da noi con paraparesi di senso e di moto, di cui nuovamente ma con grande lentezza guarisce all'infuori di ogni trattamento specifico e residuando una moderata esauribilità al cammino.

Dopo 4 mesi, durante i quali ha ripreso il lavoro, ricade una terza volta con la stessa improvvisità, e coll'identico quadro, e attualmente dopo otto giorni di degenza ospedaliera, tende ancora una volta a riaversi; comincia a reggersi da solo, ed a fare a grande stento qualche passo senza appoggio.

Quale diagnosi faremo?

D'ordinario una sindrome paraplegica ci mette ad immediato contatto con una discussione diagnostica, di sede e di natura, di malattia midollare; ed è piuttosto frequente che i criteri numerosi e sicuri che sogliono guidare su questa via, conducano a giusta e rapida conclusione.

Ma vi è qualche cosa nel caso nostro che ci pone, ancora prima, di fronte a problemi pregiudiziali. Molteplicità di elementi eziologici nell'anamnesi, insolite e gravi alternative di decorso della sindrome in corso, ci fanno chiedere: si tratta di sindrome funzionale od organica? se è organica sarà di sede centrale o periferica? di origine recente per la violenta caduta nel fosso, o remota, legata all'antico congelamento? o di origine combinata dell'uno e dell'altro momento eziologico?

Considerando i fatti nelle loro grosse linee, e attenendoci agli elementi eziologici del primo periodo di questo quadro, apparso un anno fa quale immediata successione del trauma, sarebbe affatto naturale che noi pensassimo a un focolaio di ematomielia determinatosi all'altezza del rigonfiamento lombare: nè vi sarebbe al-

cuna difficoltà ad ammetterlo anche se, come nel caso nostro, manca ogni lesione della teca ossea.

Ma il quadro dell'emorragia midollare, variabilissimo a seconda di sede e di estensione dell'emorragia, vario nel suo decorso successivo, sappiamo però che è di ben difficile risoluzione: suol lasciare dei postumi irremovibili, e potrà nel seguito, per l'evoluzione stessa del focolaio emorragico, determinare complicazioni, aggravamenti al quadro primitivo, ma non succederà mai che proceda con alternative così imponenti come quelle del caso nostro, tra miglioramenti, che rasentano la guarigione e peggioramenti che fanno ricadere nella impotenza.

Perciò l'ematomielia è da escludersi. Più conforme al quadro attuale, costituito da sindromi attenuate, e all'andamento a ricadute, sarebbe un giudizio di emorragia, a *poussées*, della leptomeninge spinale. Molti elementi armonizzerebbero con questa diagnosi, ma ve ne è uno che basta a metterla fuori di discussione e cioè la presenza di un *liquor* limpido ed incolore, senza traccia quindi di emorragie attuali o pregresse. Si può pensare all'*aracnoidite sierosa spinale* sotto forma di cisti sierosa, illustrata l'anno scorso da Barré alla Riunione internazionale di Neurologia. Essa sarebbe capace, secondo la sua descrizione, di dare una *paraplegia discontinua*. Ma ricordiamo che nel caso nostro il *liquor* fu normale (e ciò sarebbe ancora compatibile colla descrizione di Barré) ma sopratutto che la prova di Queckenstedt fu negativa, (la pressione del *liquor*, colla compressione delle giugulari, salì rapidamente dai 30 a 40 cm., al Claude) e ciò poco corrisponderebbe alla compressione midollare, esercitata sia pure da una cisti sierosa.

Altro quadro possibile sarà la commozione midollare, meno grave dell'ematomielia; anche essa però con fisonomia ben inquadrata, e difficilmente compatibile colle alternative o colle gravi ricadute del caso nostro.

Però sulla commozione midollare (poichè Vi dice subito che è a questo concetto ch'io sento da ultimo di dovermi accostare) intendo trattenervi più avanti, dopo aver sbarazzato la via di tutte quelle altre possibilità diagnostiche che sorgono da questo elemento, così importante, del ripetersi accessionale del quadro paraplegico. Questa varia vicenda della sindrome paraplegica, tre volte stabilitasi, tre volte ridottasi, è ben esso l'elemento oscuro inesplicabile nel decorso del nostro malato.

Rimane sempre che il trauma è all'origine dell'andamento. Ma questo stretto rapporto fra trauma e quadro morboso, che dovremo tener presente fino all'ultimo di questa nostra discussione diagnostica, non esclude però, anzi impone, che dobbiamo frattanto scorrere tutte le possibili forme di paralisi intermittenti o periodiche che ci sono offerte dalla patologia, poichè non ci è lecito escludere *a priori* che il trauma le abbia messe in evidenza anche se fosse fuori di ogni possibilità ch'esso le avesse direttamente determinate.

Queste alternative direi quasi paradossali, ci spingono a scorrere le varie possibilità morbose di carattere funzionale. E anzitutto, si tratta forse di una paralisi isterica, espressione di una nevrosi traumatica, scatenata dalla grave caduta?

Troppe cose stanno contro la nevrosi e cioè: la costanza del quadro sintomatico, la netta proporzione ed eguale distribuzione di fatti motori e sensitivi, la presenza di sintomi certamente organici, come il Babinski, il modo con cui ogni volta si stabilisce il miglioramento che è lentissimo, progressivo e regolare, la mancanza di ogni stigmate isterica, sia somatica che psichica. Quando poi teniamo presente lo stato d'animo del paziente, il quale è uomo equilibratissimo, che non ebbe nè ha in corso alcuna contestazione di ordine assicurativo, che è scevro di ogni elemento di carattere personale che possa consciamente o inconsciamente esercitare azione suggestiva, che ha bisogno urgente e desiderio vivissimo di ritornare al suo lavoro di agente viaggiatore, concludiamo che tutto sta contro il giudizio di paralisi isterica.

Potremmo pensare ad un fenomeno funzionale, intermittente, su fondo nettamente organico, quale è la meiopragia arteriosclerotica; ma un tale fenomeno, analogo alla claudicazione intermittente del cavallo, è fugace, cede ad un riposo minimo: si tratta per lo più di vecchi che improvvisamente sentono mancare le gambe e cadono a terra come un paraplegico, ma quasi appena caduti, si rialzano e riprendono la loro andatura strascicata a *piccoli passi*.

Qualche volta la meiopragia si manifesta in circostanze diverse: un individuo di età ancor giovane o fresca, ma che cova un'arterite sifilitica, cerebrale o spinale, può avvertire delle parestesie e dei *deficit* di senso e di moto a distribuzione o emi- o para-paretica, e il fatto può giungere alla impotenza completa, ma che anche qui si riprende completamente e rapidamente, perchè dovuta ad ischemie territoriali per una irrorazione insufficiente ma non soppressa, e che quindi trovano un sollecito compenso, per meccanismi che in questo momento è inutile approfondire.

Sono avvertimenti, prodromi, del fatto che, se non riconosciuto e curato si stabilirà, a distanza più o meno breve, in modo definitivo. L'uno e l'altro tipo di meiopragia è da escludere nel nostro malato, in cui l'anamnesi, la reazione di Wassermann, negativa nel sangue e nel liquor, la retrocessione dei fatti avvenuta due volte, *senza trattamento specifico*, concordano per far escludere che la *lue*, sia direttamente che indirettamente, determini o concorra a determinare la sindrome.

Un altro tipo di paralisi intermittente nel campo funzionale, ci è offerto dalla *paralisi periodica famigliare*.

Questa è una forma, singolare, rara, di cui io stesso ben 30 anni fa ho illustrato i primi casi osservati in Italia in tre giovani fratelli della campagna Grossetana (Riv. Veneta di Sc. Mediche 1905). È una forma di paralisi flaccida, probabilmente autotossica, che decorre in determinate circostanze, o dopo una lunga fatica, o dopo un sonno prolungato, o dopo un digiuno anche breve, o dopo un coito esauriente. La paralisi ora è generalizzata, colpendo arti superiori e inferiori e tronco, ora, più raramente, i soli arti inferiori. È sempre legata ad uno stato costituzionale, è congenita e per lo più famigliare: la paralisi è accessionale e della durata di ore.

Nel caso attuale, la paralisi non è flaccida, non ha caratteri costituzionali, ha la durata di settimane, scompare con grande lentezza: sotto nessun aspetto risponde al tipo di cui parlo.

Un altro quadro a cui dobbiamo pensare è quello della miastenia grave pseudo-paralitica di Erb, forma che può assomigliare al caso nostro, perchè caratterizzata anch'essa dalla estrema esauribilità (apocamnosi) dell'energia muscolare, dalla gravissima, mortale diminuzione di essa ma non però da vera paralisi; perchè anch'essa (come per primo ha dimostrato Goldflam, e poi osservarono Oppenheim, Bernhardt ed altri) può avere delle remissioni, quasi apparenti guarigioni che possono durare mesi od anni. La forma è rara: però proprio in quest'anno ho potuto presentarvene un caso nel malato Pad... il quale aveva avuto un attacco gravissimo 5 anni fa, poi si rimise in condizioni discrete, e lavorò (per quanto con capacità ridotta) finchè nell'inverno scorso, poi ricadde e con fatti così gravi, che da essi fu condotto a morte.

Bulbo e midollo sono tuttora in corso di esame presso il nostro settore prof. Fabris.

Ora possiamo nel caso attuale pensare alla miastenia grave? ricordate che i fatti di debolezza motoria non riguardano che gli arti inferiori e non diedero alcun accenno bulbare; ora invece per la diagnosi di morbo di Erb la compartecipazione del bulbo è essenziale. Inoltre la paresi motoria si accompagnò nel nostro malato a paresi di senso, ciò che non è nella forma di Erb, ed infine la paresi del nostro malato tende alla forma spastica con una quache esagerazione dei riflessi e accenno al Babinski, mentre nella malattia di Erb la forma è flaccida, con diminuzione o assenza di riflessi.

Sono convinto che tale diagnosi è pure da escludersi pel nostro malato.

Ed escluderò da ultimo un'altra forma di improvvisa e transitoria impossibilità di reggersi, e cioè la cosidetta *cataplessi* che è dovuta ad improvvisa perdita del *tono di posizione* per una turba diencefalica. Essa ora si alterna a crisi di narcolessi, ora no, ora è considerata un equivalente epilettico, ora no, abitualmente non è associata a perdita della conoscenza nè ad alterazioni di energia muscolare nè della sensibilità.

Ma questa forma, si presenta quasi sempre nei giovani e nei giovanissimi; e per questo, e perchè è di natura sua fugacissima, e perchè è difficile non si accompagni a qualche altro fenomeno di origine diencefalica, non può affatto essere presa in considerazione nel caso nostro.

⁂

Percorsa questa via, pare a me di aver esclusa e la forma organica, a lesione irreparabile che poteva esser invocata in causa della immediata successione del trauma, e tutte quelle forme funzionali, ora più ora meno gravi che potevano invece presentarsi a render ragione della periodicità della forma.

E allora ritorno a quella forma che chiamerei, per ragioni che Vi dirò tosto, *intermedia* tra le forme funzionali ed organiche, cioè alla *commozione midollare*.

Commozione è una parola che risponde bene al concetto di uno scuotimento grave dell'organo, il quale senza subire lesioni grossolanamente apprezzabili, è però turbato o nel suo equilibrio molecolare, o nella sua struttura staminale, così da risentirsi fortemente e talora prolungatamente, e in forma così quantitativa che qualitativa, nelle sue manifestazioni funzionali.

Ogni viscere ha un suo quadro commotivo: il cervello ed il midollo hanno il loro, e ognuno ha una sua vasta letteratura.

Vi dissi che la commozione è un quadro *intermedio o di transizione* perchè ha del *funzionale* e ha dell'*organico*, perchè può essere fugace e può esser lunghissimo, perchè talora ha, e talora non ha, un qualche riscontro anatomico dimostrabile.

Ciò spiega perchè le opinioni furono così diverse sul significato patogenetico della commozione: da Charcot e la sua Scuola che videro nella *railway-spine* una semplice nevrosi traumatica, manifestazione di un'isteria latente, sino ai moderni che quasi unanimemente ne fanno un quadro essenzialmente organico, con lesioni di fibre, di cellule, di nervi di nevroglia, di ependima, lesioni che secondo alcuni sono sempre dimostrabili e secondo alcuni addirittura specifiche.

Ma anche per coloro che hanno descritto tali lesioni, esse hanno dei caratteri particolarissimi, che le differenzia da quelle dei processi organici propriamente detti, della vasta patologia del midollo. Così è detto chiaramente che le piccole emorragie non possono essere paragonate affatto ad una vera ematomielia, e si limitano a una migrazione di emazie nelle guaine di Virchow-Robin.

E le alterazioni delle fibre sono così tenui che possono sfuggire anche all'esame istolo-

gico o rendersi riconoscibili solo con uno determinato fra i metodi in uso, talora per es. solo col Bielchowsky. Queste alterazioni si presentano in forme particolarissime, talora bizzarre, ed hanno poi questo di particolare, secondo Foerster, che in ogni singolo territorio colpito, moltissimi degli elementi rimangono conservati.

In quanto alla natura intima del processo istologico, le descrizioni sono un po' varie, o piuttosto ciascuna tende a metter in rilievo l'uno o l'altro dei tanti elementi che lo costituiscono.

Per taluno, il carattere della lesione commozionale è il rigonfiamento edematoso dell'*ialoplasma* del cilindrasse e della cellula nervosa, ed in causa di esso le neurofibrille sono separate le une dalle altre, pur conservando integrità anatomica e capacità funzionale.

Schmaus invece crede, che quando le alterazioni commotive sono gravi, sia proprio il cilindrasse quello che è colpito dalla necrosi, rimanendo intatta la guaina mielinica.

Questa disparità di reperti obbiettivi, provenienti tutti da osservatori degni di fede, dimostra quanto varii possano essere gli effetti del trauma, anatomicamente e quindi funzionalmente.

Aggiungete ancora che talora le alterazioni commozionali si presentano quali focolai piccolissimi di *necrosi insulare* che per taluno sarebbero caratteristici della commozione spinale: essi si presentano indipendenti da ogni localizzazione vasale, mentre sono costituiti da distruzione di tutti gli elementi del tessuto, compresa la nevroglia, così da dar luogo perfino a formazione di cavità, ma però minutissime, tali che solo al microscopio possono essere riconosciute.

Queste note così varie che contraddistinguono le lesioni anatomiche della commozione spinale hanno importanza nello spiegare le varietà e le singolarità del decorso.

Nè minore importanza dovrebbe avere la loro patogenesi, cioè il meccanismo attraverso cui il trauma viene a produrle. Ma questa pure è tutt'altro che chiara e pacifica.

Per taluno, sono essenzialmente i piccoli stravasi sanguigni che determinano tutte le altre alterazioni del midollo; le alterazioni vasali, potrebbero iniziarsi con un rallentamento della corrente in piccoli territorii (pre-stasi di Richer), cui seguirebbe una stasi vera, e a questa, alterazioni varie del territorio tissulare corrispondente. Il vaso stesso potrebbe andar soggetto a evoluzioni morbose progressive, conducenti tardivamente anche a un esito obliterante, e questo darebbe ragione delle sequele, talora tardive, della commozione.

Considero assai importante l'ipotesi di André-Thomas, fondata sullo studio minuto di un caso: nel quale secondo lui, la stasi vasale sarebbe dovuta ad un disordine commotivo dell'apparecchio simpatico vaso-motore; questo sarebbe all'origine di tutti i fatti anatomici e funzionali della commozione. E già prima di lui, Karow, citato da Déjerine e Thomas nel loro trattato delle malattie del midollo, aveva posto nella paralisi vaso-motoria l'origine della turbe commozionali del midollo.

Per altri ancora, fibre e cellule nervose sono invece colpite direttamente e primitivamente dalla scossa meccanica che determina la commozione, sia essa dovuta ad uno stiramento o allungamento momentaneo del midollo, o sia dovuto allo sbattimento violento di esso contro la teca ossea che lo custodisce, o sia conseguenza dello sbattimento del manicotto di *liquor* che lo circonda, e che comunica, attraverso le guaine perivasali, fino coi più fini spazi interstiziali dell'organo, ed è così capace di trasmettere agli elementi di questo l'urto, che in condizioni ordinarie è destinato a attutire e disperdere.

Questa distruzione diretta di elementi nervosi ha dato luogo alla sua volta ad altra ipotesi ancora, la quale ammette la comparsa di neuro-tossine originatesi dapprima dalla distruzione di singoli elementi, anche estremamente scarsi, che sarebbero i primi direttamente colpiti dalla commozione: tali neurotossine si diffonderebbero a *macchia d'olio* distruggendo nuovi elementi e formando così nuove tossine, allargando di mano in mano il processo dal primo focolaio iniziale verso una periferia di più in più lontana. Sapete bene che analoghe citotossine e analoga diffusione a macchia d'olio furono già ammesse in altri campi, per es. le nefrotossine nelle nefriti.

Evidentemente tante ipotesi e così disparate sono sorte dalla varietà dei fatti anatomici osservati, ma certamente anche dalla singolarità dei fatti clinici commozionali, e dalla varietà del loro decorso, poichè è importante ricordare che gli effetti della commozione possono essere immediati o presentarsi tardivamente, possono esser lievi od esser gravissimi, e possono regredire rapidamente o con grande lentezza e possono risolversi completamente, o lasciare dei reliquati, o infine cronicizzarsi.

E i quadri clinici, oltre che per la sede (commozione cervicale, dorsale, lombare) variano per la prevalenza, ora delle turbe motorie, ora delle turbe distrofiche, ora delle sensitive; e fra queste vi sono forme dolorose, forme causalgiche, forme pruriginose, forme a *tipo di scarica elettrica*, forme eterestesiche, forme pseudo-tabetiche.

Per ognuna di queste si ammette, per lo più in via del tutto ipotetica, un determinato tipo di lesione.

Eccovi per es. una delle sofferenze *post-commotive* più singolari, quella per cui l'individuo, o nel flettere fortemente il capo, o nel flettere forzatamente una coscia, o talora in forma di crisi spontanee, ha una im-

provvisa dolorosa sensazione di *scarica elettrica* che lo obbliga a estendere subito il capo o l'arto.

Per tale sofferenza, Lhermitte suppone che la causa risieda nella denudazione dei cilindrassi delle fibre sensitive, dalle loro guaine mieliniche: pura ipotesi perchè secondo taluno si ha, come già vi dissi, proprio l'inverso: distruzione commozionale del cilindrasse con conservazione delle guaine.

Comunque, come vedete, singolarità di fenomeno clinico e singolarità di lesione, dimostrata o supposta.

Altrettanto può dirsi, per es., per le amiotrofie post-commozionali tardive, per le quali si suppone un'alterazione puramente molecolare delle cellule delle corna grigie anteriori, alterazione che si inizierebbe dopo un periodo di latenza, a distanza dal trauma che produsse la commozione.

* * *

La lunga via percorsa deve ora aiutarci a comprendere il nostro caso. Dopo le diagnosi differenziali istituite, e direi anche prima di esse, il concetto di *commozione spinale* poteva apparire il più ovvio. Eppure quel che di vago, di non ben precisato che ancor oggi aleggia sul capitolo della commozione, e d'altra parte quel tanto di *personale* e di insolito che ha il caso nostro, mi ha obbligato, non solo ad istituire delle diagnosi differenziali, ma anche a entrare in qualche dettaglio sui concetti dottrinali della commozione.

Nel nostro ammalato l'impotenza motoria ha un carattere particolare: l'arto può fare ogni movimento ma l'energia è minima, sollevato ricade pesantemente: la stazione è assolutamente impossibile. E frattanto i riflessi sono conservati, e esagerati: il *liquor* c. s. è normale

Guillain vide qualche cosa di simile in commozioni spinali da causa molto più violenta, e cioè da scoppio di obice: egli pure descrisse quadri di astenia profonda, in cui il malato non è capace di reggersi, mentre non presenta alcun vero fatto paralitico: poi il cammino diventa possibile, ma ha caratteri di incertezza atassica, e dopo poche centinaia di metri, si arresta, per una specie, dice Guillain stesso, di claudicazione intermittente. Anche qui il *liquor* si presenta normale.

Credo che tali miastenie gravi post-commotive debbano trovar spiegazione nell'uno o nell'altro dei fatti anatomici che vi ho esposto, e il carattere della lesione che si presenta più consono ad esse, è la disseminazione della lesione a tratto anche relativamente vasto, sia in altezza che trasversalmente, ma tale da compromettere, solo un certo numero di fibre per ognuno dei singoli territori a significazione fisiologica, senza distruggerne alcuno, per modo che risulta colpito il *grado* della funzione, e non la sua esistenza. Non senza ragione Foerster ha insistito sopra questo particolare carattere lesionale, capace di spiegare molti degli aspetti clinici della commozione.

Questo concetto può adattarsi, oserei dire, senza contestazione, al quadro primitivo presentato dal M..., quadro che si svolse in altro Ospedale, ma che per le chiare deposizioni del malato, per le notizie avute dai colleghi che lo ebbero ivi in cura, sappiamo esser stato identico a quello che verificammo noi nelle altre due degenze ad essersi risolto nello stesso modo.

Se a questo primo periodo si fosse limitato il quadro morboso del nostro malato, noi lo avremmo egualmente definito come un caso di commozione midollare, ma senza richiamarvi in modo speciale la vostra attenzione. Ma invece essa recidivò tre volte, in modo impressionante. Ora tale intermittenza, o recidività del quadro, è fatto così singolare da compromettere la diagnosi?

Veramente, dopo aver letto attentamente le relazioni di casi numerosi di quadri commozionali, particolarmente del periodo bellico, debbo dire che non mi riuscì di trovarne uno solo in cui una recidività così fatta, a intervalli di tempo relativamente lungo, sia chiaramente descritta.

Ma è anche vero che Lhermitte nella sua relazione al Congresso Neurologico internazionale di 3 anni fa, dice esplicitamente che « gli accidenti commozionali sono riversibili, o anche sottoposti ad una evoluzione capricciosa, fatta di *poussées* e di retrocessioni ».

Dò grande peso alle parole di Lhermitte perchè significano ch'egli, neurologo di grande esperienza e che da tempo ripetutamente illustra tali forme, ebbe campo di osservare fatti di questa genere.

Mi metto perciò all'ombra della sua autorità, e, considerato il fatto, non come assoluta eccezione del caso nostro, vorrei cercarne anche qui un meccanismo in accordo coll'una o coll'altra delle ipotesi patogenetiche che vi ho riferito.

Che cos'è che trasforma questo stato di costante astenia in una improvvisa paraparesi, o che cosa si aggiunge a questa minorazione latente perchè scoppii la sindrome paraplegica?

Poichè mancò ogni strapazzo fisico, poichè mancò ogni elemento auto o etero-tossico intercorrente, non potrebbe un'influenza grave vasomotoria, aggiungersi, accessionalmente, ai residui della commozione midollare e metterla nuovamente in valore così da riprodurre la sindrome iniziale? Parmi assai probabile che gli aggravamenti rispondano ad improvvisi attacchi congestizii i quali renderebbero conto anche del dolore improvviso e vivo che accompagna l'attacco paraparetico. Benchè il quadro della congestione spinale

non si vegga annoverato nelle classificazioni scolastiche delle mielopatie, l'esperienza mi insegna che esso esiste realmente, che può presentarsi con poussées ripetute, e ch'esso si accompagna a dolore.

Nel caso che abbiamo dinanzi a noi, la crisi vasomotoria si potrebbe porre in rapporto con alterazioni commotive del simpatico.

Vi ho citato più su l'ipotesi di André-Thomas che in un caso da lui descritto, mise in prima linea gravi affezioni commotive di un segmento della catena del simpatico, alterazioni che avrebbero determinato turbe vasomotorie nel segmento midollare corrispondente, tali da influire sulle funzioni e anche sulla compagine di questo.

Parmi possibile che un'alterazione analoga a quella del caso di André-Thomas, ma meno grave, sia stata determinata dal trauma anche nel caso nostro, nella catena lombare del simpatico, alterazione capace di dare una sindrome funzionale intermittente, agendo sui vasomotori della sezione midollare corrispondente la quale fu già di per sè sede di alterazioni commotive così di recente riparate e pronte quindi a ridare la sindrome iniziale.

Ricercammo i riflessi simpatici messi in luce da André-Thomas nelle alterazioni del simpatico, e i cui elementi fondamentali sarebbero: areflessia pilomotrice, anidrosi, ipertermia.

Ne ottenemmo una risposta assai incompleta, ma ciò non basta a infirmare l'ipotesi, suggerita dal concetto clinico. Essa può apparire complicata ed artificiosa ma risponde alla complessità del caso. E la giustificano numerose analogie che rendono l'intervento del simpatico particolarmente atto a dare ragione dell'intermittenza del quadro, poichè non vi è gruppo di simpatosi sia sensitive, che vasomotorie, e secretorie, e trofiche, che non ci dia esempio di intermittenza di fenomeni, ora sotto forma di perpetua instabilità di funzione, ora sotto forma di turbe accessionali, a crisi intermittenti, con più o meno lunghi intervalli.

* * *

Nella discussione che sono andato svolgendo non ho parlato mai delle turbe di sensibilità che il nostro malato presenta agli arti inferiori, e che si sono mantenute costanti attraverso tutte le oscillazioni del decorso.

Il malato nulla sa riferirci sull'epoca a cui risalgono: egli ricorda che furono constatate fino dal 1° esame dei medici di Mestre, ma ignora che preesistessero.

Orbene, io non ve ne ho parlato finora perchè il carattere di queste turbe mi ha convinto ch'esse non sono del tutto legate alla forma attuale, ma invece all'antico grave congelamento subito dal M. durante la guerra.

In altra occasione (siringobulbia, ecc., *Policlinico*, sez. prat., 1933, n. 334) vi parlai delle turbe nevritiche della congelazione, del loro decorso, dei loro esiti, delle loro possibili complicazioni.

Qui la forma e la distribuzione delle turbe di sensibilità depongono anzitutto, per la natura nevritica di esse e le numerose osservazioni del dopo-guerra hanno dimostrato che tali sequele nevritiche da congelazione possono persistere indefinitamente.

Possono tali alterazioni nevritiche riflettersi in qualche modo anche sul midollo? Per le ragioni che vi ho detto nella citata lezione, ciò non si può escludere in modo assoluto.

Ma nel caso attuale non voglio complicare ancora la interpretazione patogenetica, facendo partecipare tale elemento ipotetico a una spiegazione più ovvia, qual'è quella che lega tutti i fatti midollari del nostro malato alla commozione portata dal trauma.

* * *

Ancora brevi parole su ciò che riguarda la prognosi e la terapia, le quali scaturiranno dal concetto diagnostico.

Se non mi fossi trattenuto a lungo nel discuterlo, non potrei ora dirvi: nel quadro del nostro malato c'è un elemento *anatomico* a lesioni piccole, o ad esito di esse, e comunque non progressive, e su territorio midollare circoscritto; e un elemento *funzionale*, a sindrome intermittente, guaribile.

Anche attualmente, egli è avviato a guarigione del suo terzo attacco.

Una vita di lavoro moderatissimo, l'astensione da ogni sforzo e da ogni strapazzo, costituiranno la necessità definitiva ed assoluta del suo avvenire.

I tonici nervosi, gli stricnici ad alte dosi, rafforzeranno i centri midollari, li renderanno più resistenti alle cause che in questo periodo ne hanno saltuariamente minato la funzione.

Gli stessi mezzi, e insieme la fisioterapia, sotto forma di rivulsioni all'altezza del midollo lombare, di massaggio agli arti, di trattamento galvano-faradico alle estremità, costituiranno le medicazioni di eventuali future ricadute, come lo furono degli attacchi passati.

È possibile che questi ricorrenti attacchi finiscano col cessare. Il malato potrà muoversi e lavorare: comunque gli rimarrà traccia di questi fatti in una facile stancabilità, in una minorata resistenza al cammino. Ed egli sarà destinato, io penso, precocemente, ad una di quelle andature senili, che ordinariamente si chiamano arteriosclerotiche, ma che in realtà, per la scarsa documentazione anatomica di lesioni vasali di questa natura, sono attribuibili ad altri elementi che ora sono dimostrabili ed ora ci sfuggono, e che talora sono

da considerarsi di origine *abiotrofica*, dovuta cioè ad un *deficit* originario, che assegna a determinati sistemi di fibre o di cellule un'evoluzione vitale di durata inferiore a ciò ch'è la media normale.

Credo che avremo campo di seguire il nostro malato, per parecchio tempo, anche dopo uscito dall'Ospedale e che, potremo così controllare questi nostri concetti di diagnosi e di prognosi.

Novembre 1934.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DEL LITTORIO - ROMA

PADIGLIONE BACCELLI

Emoglobinuria da plasmochina.

Prof. LUIGI FICACCI

L'interesse e il favore coi quali vengono accolti e sperimentati i nuovi preparati sintetici contro la malaria (plasmochina, atebrina), il compito sempre più importante che ad essi si attribuisce nel campo profilattico e la conferenza tenuta dallo Schulemann nell'agosto u. s. nella nostra Scuola Superiore di Malariologia durante il brillante ciclo di conferenze organizzato dal Prof. G. Bastianelli, giustificano il rilievo degli inconvenienti che l'uso di tali medicamenti può determinare e m'inducono a pubblicare la osservazione seguente:

Si tratta di un sardo di a. 25 facchino di albergo il quale il 25 gennaio 1932 fu accolto nell'Ospedale del Littorio in condizioni piuttosto gravi, con ittero giallo diffuso della cute e delle mucose, astenia profonda, cianosi spiccata delle labbra e delle unghie, dispnea di frequenza, polso piccolo molle, frequente (100 battiti al m'), temperatura 39,3.

Il malato raccontava di avere i genitori e 6 fratelli in Sardegna tutti sani. Aveva sempre goduto buona salute tranne blenorragia con epididimite destra a 20 a.

Nell'estate 1931 aveva contratto malaria in Sardegna e si era curato saltuariamente col chinino.

Nell'ottobre 1931 era venuto a Roma in cerca di lavoro e durante l'autunno aveva avuto più volte recidive per cui aveva preso irregolarmente chinino senza inconvenienti.

Nel gennaio 1932 ammalò con (tosse) e catarro bronchiale. Visitato dal medico della Cassa Mutua Malattie, questi, avendo riscontrato tumore di fegato e di milza, gli aveva prescritto un medicamento in pillole di cui il malato aveva preso tre compresse al giorno per tre giorni. Al secondo giorno il paziente ebbe febbre con senso di freddo e malessere generale: al 3° giorno prese ancora il suo medicamento e la febbre crebbe con brividi di freddo, dolori crampiformi all'epigastrio e alle sure, senso di oppressione, orine oscure. Nello stesso giorno i compagni si accorsero che aveva gli occhi gialli e lo condussero d'urgenza all'Ospedale.

Il paziente attribuiva esplicitamente la sua malattia al medicamento che aveva preso e che aveva avuto cura di portare con sè.

Questo medicamento era una boccetta originale di compresse di Plasmochina pura da due centigrammi di medicamento in ogni compressa.

L'esame obbiettivo del paziente oltre l'ittero, la febbre e lo stato di prostrazione grave, faceva rilevare a carico del cuore un soffio dolce sistolico su tutti i focolai, più accentuato alla base, e un ingrandimento notevole del fegato e della milza che erano duri e indolenti.

Le orine erano limpidissime, di un bel colore rubino-cupo, con riflessi verdastri, acide, di alto peso specifico (1020) e contenevano gr. 0,25 % di albumina, tracce di pigmenti biliari e abbondante urobilina.

Praticando su di esse la reazione del sangue si aveva risultato positivo, e all'esame microscopico del sedimento si trovava qualche rara emazia, scarse ombre, leucociti disseminati e cilindri granulosi brunastri in discreta quantità.

La ricerca di parassiti malarici nel sangue periferico eseguita con particolare attenzione immediatamente dopo l'ingresso fu negativo.

L'esame completo del sangue diede: globuli rossi 1.500.050 per mc.; globuli bianchi 3138 per mc.; Hb. 26 %; valore globulare 0,80 %.

L'esame dei preparati colorati mostrò a carico della serie rossa anisocitosi, policromatofilia e una notevole quantità di normoblasti: a carico della serie bianca discreta linfocitosi e qualche raro mielocita eosinofilo.

Nella notte dal 29 al 30 gennaio la temperatura toccò i 40°; il 30 si mantenne su 39° e dal 31 gennaio al 1° febbraio scese lentamente a 37°,2. Nei giorni successivi toccò un massimo di 37°,5 ed al 6 febbraio la apiressia fu completa.

L'esame del sangue per la malaria ripetutamente eseguito fu sempre negativo: le feci furono sempre intensamente colorate.

Il malato fu soccorso con iniezioni di coaguleno, di calcio, siero glucosato e cardiocinetici.

Non fu mai somministrato chinino.

Al secondo e terzo giorno di degenza le urine che erano già divenute molto più chiare contenevano ancora tracce di albumina, davano ancora la reazione del sangue, non contenevano pigmenti biliari ma contenevano urobilina; nel sedimento mostravano rari leucociti e qualche rara emazia allo stato di ombra.

Anche al 5° e 6° giorno nei preparati di sangue colorato col May-Grumwald-Giemsa si aveva il reperto di una anemia secondaria con abbondanti normoblasti, linfocitosi con qualche mielocita.

Nei giorni seguenti l'ittero scomparve definitivamente lasciando una tinta fortemente anemica tendente al gialletto, le orine tornarono normali e il malato riprese le sue forze con notevole rapidità.

Al 20° giorno di malattia all'esame del sangue non si trovava che una lieve anisocitosi senza forme immature della serie rossa, e senza modificazioni apprezzabili della serie bianca.

Durante questo periodo fu praticata la Wass. R. sul siero di sangue del paziente con esito negativo, fu saggiata la resistenza globulare che diede una emolisi iniziale a 50, netta a 40, totale a 25, fu praticata la prova di Donath-Land-Steiner e la prova di Hess della resistenza capillare

con esito negativo, e fu saggiato il tempo di emorragia, di coagulazione e ambedue furono trovati normali. Infine il malato fu sottoposto a un bagno freddo senza alcun inconveniente, come negativa era precedentemente riuscita la prova del dito.

La temperatura si mantenne costantemente normale e la ripetuta ricerca dei parassiti malarici nel sangue riuscì sempre negativa.

Il 20 febbraio l'esame del sangue dava globuli rossi 4.350.000, globuli bianchi 5600, Hb. 68 %.

A questo punto pregammo il malato di volersi sottoporre all'esperimento di una nuova somministrazione di plasmochina. Benchè a malincuore egli acconsentì. Il primo giorno prese due compresse di plasmochina pura (plasmochina ctgr. 4) senza alcun inconveniente, il secondo giorno egli prese tre compresse di plasmochina (plasmochina ctgr. 6) senza alcun disturbo, al terzo giorno egli prese altre tre compresse di plasmochina semplice (plasmochina ctgr. 6). La sera stessa egli accusò malessere generale, senso di nausea e di dolenzia epigastrica e la temperatura si elevò a 37°,6. Al mattino seguente si potè rilevare un netto subittero della congiuntiva e della cute e nelle urine, che non contenevano nè albumina nè pigmenti biliari, fu rilevata una notevole quantità di urobilina. L'esame del segmento fu negativo.

Per espressa volontà del paziente il medicamento fu sospeso.

Il subittero durò qualche giorno, poi scomparve del tutto; la temperatura tornò normale il giorno seguente e l'urobilinuria cessò al terzo giorno dall'inizio del subittero. Non fu praticato l'esame del sangue.

A questo punto pregammo il paziente di voler prendere del chinino, e il 5 marzo egli ne prese un grammo senza inconveniente alcuno. Il 6 marzo ne prese 2 grammi e altri 2 grammi ne prese il 7 marzo sempre senza alcun inconveniente.

L'8 marzo lasciò l'ospedale in buone condizioni di salute.

Ho esposto il caso dettagliatamente per non dilungarmi in oziose discussioni diagnostiche.

La presenza del pigmento ematico nelle urine con l'assenza pressochè assoluta delle emazie nel sedimento, la presenza di cilindri emoglobinici, l'anemia acuta e la crisi emoblastica consecutiva, escludono un ittero infettivo e depongono chiaramente per una emoglobinuria per grave e rapida distruzione del sangue in toto.

Il paziente era certamente un malarico, ma l'Hbria non era riferibile alla malaria per l'assenza costante dei parassiti nel sangue nè era riferibile all'uso della chinina giacchè tale medicamento non era stato somministrato nè prima nè durante l'attacco.

Si può aggiungere che le prove eseguite sull'infermo escludono una lues, una Hbria da freddo, una emofilia, una porpora sia essenziale che sintomatica. Inoltre:

1) *La Plasmochina* pura nella dose di ctgr. 16 in tre giorni ha riprodotto, per quanto in abbozzo, il quadro morboso (febbre, ittero, urobilinuria).

2) *La successiva* somministrazione della chinina non provocò alcun disturbo.

Si deve quindi concludere che il paziente fu colpito da un attacco di Hbria legato all'uso della Plasmochina pura, non accoppiata cioè alla chinina.

La dose del medicamento fu in tutto nove compresse di 2 ctgr. l'una in tre giorni consecutivi, quindi 18 ctgr. nello spazio di tre giorni, nell'attacco primitivo, e di 16 ctgr. nell'attacco rudimentale riprodotto in ospedale.

* * *

Che la somministrazione della Plasmochina possa essere seguita da effetti accessori più o meno dannosi è cognizione corrente, e fino dai primi studi praticati nei laboratori della Società produttrice era stato notato che il medicamento può comportarsi come un veleno del sangue gli stessi Fischer e Weiss hanno tentato precisare con quali dose limite è dimostrabile la metaemoglobinemia.

Peraltro accanto a queste osservazioni si trova che parecchi malariologi hanno usato la Plasmochina nella malattia del Tommaselli (Mühlnes, Fischer, Memmi, Polycroniades, Biddau) ed hanno fatto ricerche sull'aumento dell'emoglobina con l'uso della Plasmochina.

Nella stessa istruzione che accompagna i vasetti originali della Plasmochina pura si legge per esteso:

« Terapia della febbre Emoglobinurica
1° giorno 2 volte gr.0,02 di Plasmochina
2° giorno 2-3 volte gr.0,02 di Plasmochina
dal 3° al 7° giorno gr. 0,02 di Plasmochina 3 volte al giorno ».

Segue il periodo di pausa per 7 giorni e poi le cautele per la ripresa.

Nel congresso Internazionale contro la Malaria tenutosi ad Algeri nel 1929 Nocht e Mühlens insistettero sui buoni risultati ottenuti con la Plasmochino-terapia nei casi di idiosincrasia alla chinina.

Essi ritengono che i casi di Hbria descritti nella letteratura e i casi di morte riferiti siano spiegabili con le alte dosi del medicamento che si somministravano nei primi tempi, dosi che attualmente sono state ridotte a quelle più sopra riportate.

Lo Schulemann nella conferenza dell'agosto u.s. si esprime testualmente così:

« La Plasmochina può determinare coliche
« e cianosi. L'esperimento sugli animali non ha
« portato alcuna delucidazione sul carattere
« delle coliche. In nessuna delle numerose spe-
« cie animali usate per gli esperimenti si è

« mai potuto constatare azione alcuna sulla mu-
« cosa o sulla muscolatura del tubo intestinale.
« La cianosi si spiega con una metemoglobi-
« nemia che può essere riprodotta nel labora-
« torio sul gatto ma che non si osserva sul
« coniglio.

« In pratica la cianosi si osserva sopratut-
« to nei casi in cui sono state somministrate
« in maniera continua e durante un lasso di
« tempo abbastanza lungo dosi quotidiane re-
« lativamente alte (gr. 0,06, gr. 0,08 di Pla-
« smochina).

« Con le dosi quotidiane di gr. 0,03 si ha
« l'apparizione della cianosi in una percentuale
« minima di casi ».

Venendo poi a parlare dei casi di morte, aggiunge:

« Per essere completi bisogna riferire che
« tra i molti milioni di casi trattati con la pla-
« smochina sono stati segnalati circa 20 casi
« di morte. Questi casi sono stati attribuiti, a
« ragione o a torto alla Plasmochina, quan-
« tunque in alcuni soggetti si potesse pensare
« ad una idiosincrasia alla chinina se questa
« era stata somministrata.

« In tali casi estremamente rari si è osser-
« vata una rapida dissoluzione dei globuli rossi
« dopo piccole dosi di Plasmochina e si può
« in certo modo paragonare questo fenomeno
« al processo che si svolge in alcuni pazienti
« dopo la somministrazione della chinina e
« che è conosciuto sotto il nome di febbre bi-
« liosa emoglobinurica ».

Non è possibile accettare la spiegazione addotta dallo Schulemann nei casi mortali di emoglobinuria da plasmochina in cui il medicamento fu somministrato senza l'aggiunta della chinina (così nei due casi mortali di Cordes, in quello di Baermann e Smith, in quello di Nutter ecc.), come non è possibile accettarla pei molti casi comunicati di Hbria non mortale in cui è dichiarato nettamente che era stata somministrata la plasmochina pura e se ne riportano le dosi.

Il meccanismo di azione della Plasmochina nella Hbria non può essere riportato a quello tanto oscuro e complesso della febbre emoglobinurica nei malarici, giacchè la Plasmochina è un veleno chiaramente emolitico che attacca cioè direttamente i globuli rossi.

A questo proposito ha valore di esperimento il caso comunicato da Eiselberg in cui il malato prese la plasmochina senza aver mai sofferto di malaria.

Si trattava di un medico che si era recato a Vienna per un pemfigo della congiuntiva resistente a tutte le cure e pel quale aveva subito vari interventi e aveva passato un anno in camera oscura. Egli non aveva mai sofferto malaria nè febbre gialla, nè sifilide e, prese la plasmochina senza una ragione apparente. Dal 29 novembre al mattino del 2 dicembre egli prese 10 pillole di Plasmochina complessivamente perciò grammi 0,20 di Plasmochina pura. Egli divenne giallo, debole con forte dolore epigastrico e dopo l'ultima pillola vomitò e perdette i sensi.

La temperatura salì a 39,6 e le urine divennero profondamente brune. Il giorno 3 dicembre fu osservato la prima volta da Eiselberg.

Le urine erano brune, con sedimento bruno e davano positiva la prova del sangue con la reazione del guaiaco anche se diluite 500 volte: contenevano molta albumina, scarsissimi corpuscoli rossi, rari leucociti.

Il fegato era molle, la milza leggermente ingrossata; i corpuscoli rossi erano 2.400.000 per mm3. con anisocitosi e poichilocitosi.

Alle 6 pomeridiane dello stesso giorno i corpuscoli rossi scesero a 1.300.000 per mm3. i bianchi salirono a 15.700, il siero sanguigno era rosso bruno e dava una forte reazione diretta della bilirubina e della urobilina e nelle urine fu spettroscopicamente accertata la presenza della metaemoglobina.

Fu praticata la trasfusione sanguigna ecc. e l'ammalato superò la crisi cui seguì un rapido miglioramento.

È chiaro che in questo caso si è trattato di una azione emolitica diretta della plasmochina sul sangue e che non possono affatto invocarsi le eventuali modificazioni che la malaria può apportare nell'organismo malato.

In quanto alla dose, si sono avuti casi mortali con 16 ctgr. di medicamento in due giorni (Baermann e Smith), 24 ctgr. in 3 giorni (Cordes) e nei casi non mortali, 24 ctgr. in 3 giorni (Manson-Bahr), 26 ctgr. in 3 giorni (Freilanh), 20 ctgr. in 3 giorni (Eiselberg).

Nel caso qui comunicato il malato aveva preso 9 pillole ossia 18 ctgr. di medicamento in 3 giorni.

Se si tiene conto che la prescrizione annessa al vasetto del medicamento consiglia 3 compresse al giorno di plasmochina da 2 ctgr. l'una per 7 giorni e che anche nei casi di Hbria consiglia 4 ctgr. di plasmochina al 1° giorno, 4-6 ctgr, il 2°, e 6 ctgr. dal 3° al 7° giorno, si vede quanto grande sia la vicinanza di queste dosi ritenute medicamentose a quelle dimostratesi più volte tossiche ed anche mortali.

RIASSUNTO.

L'A. comunica un caso di Hbria da plasmochina pura manifestatosi in un giovane dopo la somministrazione di 18 centgr. di plasmo-

china in tre giorni. A guarigione avvenuta la somministrazione di 16 centgr. di plasmochina in 3 giorni riprodusse, per quanto attenuato, il quadro morboso.

La somministrazione successiva di 5 gr. di chinina in 3 giorni non diede alcun inconveniente.

L'A. accenna ai casi di morte e di Hbria da plasmochina registrati nella letteratura e rileva la grande vicinanza tra le dosi tossiche e quelle medicamentose.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE DEL LITTORIO IN ROMA
PADIGLIONE MORGAGNI
Primario chirurgo: Prof. C. ANTONUCCI.

La colecistografia nei diabetici.

Dott. GAETANO ZAPPALÀ, assistente.

Uno dei meriti del nuovo metodo di colecistografia ideato da Antonucci, e chiamato « Metodo della colecistografia rapida » è quello di aver messo in luce lo speciale comportamento dei diabetici rispetto alla eliminazione della T.I.F. iniettata nelle vene.

Come è ormai noto, il metodo Antonucci è intimamente connesso, nel suo meccanismo, al ricambio degli idrati di carbonio.

Esso consiste nell'associare alle dosi usuali di T.I.F. una soluzione di glucosio.

La scelta di questa sostanza da aggiungere alla T.I.F. non è stata fatta a caso, ma con l'idea di trovare una sostanza che rapidamente ed elettivamente si portasse al fegato insieme alla T.I.F. Con l'associazione glucosio T.I.F. si ottenevano infatti nei soggetti sani delle ombre colecistografiche dopo mezz'ora dalla iniezione endovenosa.

Il fatto fu interpretato nella maniera che sembrava allora la più logica, che cioè il glucosio rapidamente assunto dal fegato portasse con sè la T.I.F. e l'avviasse verso la cistifellea con un anticipo notevolissimo sul tempo abituale.

Antonucci quindi « non ha ricercato una nuova sostanza opacizzante, ma ha semplicemente associato al composto comunemente usato, cioè alla T.I.F. nelle dosi abituali, una sostanza, il glucosio, che verosimilmente si caricasse della T.I.F. stessa e la portasse nel fegato e quindi nella cistifellea più rapidamente ».

Il meccanismo della colecistografia rapida si è cercato di chiarire con numerose ricerche, che si sono proposte di dimostrare il perchè si verifichi una più rapida cessione della T.I.F. da parte del fegato alla bile, in presenza di una iperglicemia.

Non credo opportuno riportare qui i numerosi lavori sull'argomento ed i pareri discordi dei vari Autori.

Ricorderò solo come oltre al glucosio numerose altre sostanze siano capaci di produrre una colecistografia rapida se aggiunte alla T.I.F.; esse sono: il cloruro di sodio in soluzione ipertonica (Sciacca), l'urea, l'indaco carminio, il bleu di metilene (Antonucci), il rosa bengala (Stefanini), i sali di mercurio (Capua) ecc.

Malgrado siano state messe in evidenza tutte queste altre sostanze capaci di determinare una colecistografia rapida, l'associare il glucosio alla T.I.F. resta sempre il mezzo migliore perchè il più fisiologico.

Qual'è l'azione del glucosio nel meccanismo della colecistografia rapida secondo il metodo originale di Antonucci? Agisce esso direttamente sugli elementi che hanno l'ufficio di assorbire indi eliminare la T.I.F., oppure agisce indirettamente provocando una iperglicemia, la quale sarebbe la condizione necessaria alla colecistografia rapida?

Per stabilire l'importanza della iperglicemia provocata nel meccanismo della colecistografia rapida, si pensò di iniziare uno studio sul comportamento della eliminazione della T.I.F. nei diabetici a glicemia alta.

Fin dalle prime indagini si vide che nei diabetici a glicemia alta la semplice iniezione di T.I.F. come nel metodo di Graham, produce una colecistografia rapida.

Prima di esporre i risultati delle nostre ricerche al proposito, credo opportuno ricordare delle ricerche collaterali che hanno stretta attinenza con l'argomento che trattiamo: esse si riferiscono allo studio della glicemia dopo iniezione endovenosa di T.I.F. in individui normali ed in diabetici.

Io per primo mi sono occupato della questione ed ho riferito in altri lavori i risultati ottenuti. Riassumo brevemente la parte dello studio che riguarda i diabetici: lo studio è stato eseguito in tre diabetici.

A ciascuno di essi è stata fatta una iniezione endovenosa di T.I.F. e dopo è stato studiato il comportamento della curva glicemica. Dopo mezz'ora circa della iniezione si è avuto un abbassamento notevole della glicemia. Indi la curva progressivamente risale dopo mezz'ora circa per raggiungere alla prima ora valori superiori a quelli iniziali; dalla terza ora in poi la curva ridiscende lentamente fino a raggiungere valori normali verso la sesta ora.

Anche De Fermo e Foà hanno ottenuto successivamente gli stessi risultati.

Riportiamo nella tavola seguente i risultati ottenuti nei diabetici. I primi tre casi sono stati studiati da me, gli ultimi tre sono quelli riportati da Peratoner nel suo lavoro di controllo alle mie esperienze (ricordo che Peratoner non dà alle variazioni trovate un significato uguale al nostro).

Glicemia	10'	15'	30'	50'	1h	1,10	1,30	1'40	2h	2 10	3-3.10	4	5	6
2,[illegible]0		2,40	2,30		2,10		2,30		3,05		2,70	2.70	2,60	2.70
2,80		2,50	2,05		2 35		2,85		3,10		3	2,95	2,75	2,70
2,10		2,10	2,10		2,35		2,65		2,35		2,35	2,20	2,10	
3,10	3		2,90	3		3,10		2,90		2,90				
5,15	5,30		5,15	—		4,75		4,80		—				
4,85	4,80		4.85	4,75		4,25		—		4				

La iniezione endovenosa di T.I.F. produce quindi nei diabetici delle modificazioni notevoli e ben definite.

Da queste osservazioni e dall'essenza stessa del metodo Antonucci era logico attendersi che nei diabetici una semplice iniezione di T.I.F. come nel metodo di Graham, desse luogo ad una colecistografia rapida.

Le prime ricerche dimostrarono subito che la ipotesi era fondata e Antonucci stesso comunicò i primi casi positivi, che hanno avuta la conferma di altri ricercatori.

L'importanza dell'aver ottenute delle colecistografie rapide in diabetici iperglicemici con sola iniezione di T.I.F. non può sfuggire ad alcuno. Purnondimeno i numerosi autori che si sono occupati dello studio del meccanismo della colecistografia rapida hanno tenuto in poco conto questo lato del problema; anzi alcuni lo hanno addirittura trascurato.

Io credo che lo speciale comportamento della colecistografia nei diabetici debba essere tenuto nella dovuta considerazione per spiegare il meccanismo del metodo Antonucci.

Ho pensato perciò di riprenderne lo studio allo scopo di chiarire alcuni punti della questione ancora oscuri.

Io mi sono proposto di studiare:

1) Se tutti i diabetici curati e non curati si comportino nel medesimo modo rispetto alla colecistografia.

2) Quale tasso glicemico minimo sia necessario in un diabetico per ottenere una colecistografia rapida.

3) Se eventualmente la rapidtà della colecistografia dipenda dallo « stato diabetico » e non dalla iperglicemia.

Abbiamo cominciato con l'eseguire la colecistografia in diabetici a glicemia alta (2,50 - 3,50 ‰).

I casi studiati sono stati 11. In 10 di essi abbiamo ottenuto una colecistografia rapida. (Vedi fig. 1).

Nel caso in cui (glicemia 3 ‰) la colorazione delle cistifellee non si è avuta almeno nelle prime tre ore, l'inferma soffriva da vari anni disturbi vaghi, dovuti molto probabilmente a lesioni della colecisti. In definitiva noi abbiamo ottenuto un reperto positivo nel 90 % dei casi.

Stabilita così l'altissima percentuale dei risultati positivi in diabetici a glicemia alta abbiamo continuato le ricerche servendoci di diabetici curati (dieta e insulina), e quindi con glicemia relativamente bassa.

I casi studiati sono stati quattro con i seguenti valori della glicemia, 1,50 ‰-1,60 ‰-1,80 ‰-1,60 ‰. La colecistografia ha mostrato un riempimento della colecisti solo in due casi (il terzo ed il quarto).

Da questi risultati si può quindi concludere che una glicemia sufficiente a garantire un reperto colecistografico positivo deve aggirarsi intorno a 1,80 ‰ ed anche leggermente superarlo. Con valori minori si può avere una colecistografia rapida come nel caso riportato, ma un mancato riempimento può essere dovuto a deficenza di glucosio nel sangue.

Queste ricerche che dimostrano un riempimento precoce della colecisti in diabetici a glicemia alta ed un mancato riempimento in diabetici curati e portati a glicemia bassa sono abbastanza probative per asserire che la rapidità della colecistografia è in relazione al valore alto della glicemia, e non alla malattia in sè stessa come è stato obiettato.

Purnondimeno noi abbiamo voluto darne una dimostrazione ancor più chiara. Dopo avere eseguita la colecistografia nei diabetici a glicemia alta, abbiamo sottoposti gli infermi alla cura (dieta, insulina). In tre casi siamo riusciti a riportare quasi al normale la glicemia (da 1,90 a 1, da 1,80 a 1,20, da 2,70 a 1,30).

Dai radiogrammi risulta che ai valori più alti della glicemia hanno corrisposto delle colecistografie rapide (seconda ora) mentre con i valori più bassi si è avuto alla stessa ora un mancato riempimento della colecisti. Il radiogramma che riportiamo (Rad. II) appartiene

allo stesso soggetto del radiogramma precedente. La glicemia però che all'epoca del I Rad. era di 2,70 è stata portata a 1,30.

Da queste esperienze credo si possa concludere:

1) La rapidità della colecistografia nei diabetici dipende esclusivamente dalla iperglicemia.



FIG. 1.

2) Il tasso glicemico minimo per ottenere una colecistografia rapida si aggira intorno al valore di 1,80 ‰.

3) I diabetici curati e portati a glicemia normale si comportano rispetto alla colecistografia come soggetti sani.

⁂

La conoscenza dello speciale comportamento della colecistografia nei diabetici ha un'importanza teorica e pratica.

Teorica, perchè porta un notevole contributo alla spiegazione del meccanismo della colecistografia secondo il metodo Antonucci. Chiray, Del Rosso e Lucchese sono infatti concordi nell'attribuire al glucosio una proprietà stimolante sulla cellula epatica per una più rapida eliminazione della T.I.F.

A questa ipotesi si può fare un'obiezione fondamentale, cioè a dire che proprietà stimolanti si possono se mai attribuire al glucosio che noi introduciamo artificialmente e giammai al glucosio che si trova nel sangue dei diabetici e che determina anch'esso la rapidità della colecistografia come sopra abbiamo illustrato. Se si vuole attribuire al glucosio una proprietà stimolante sulla cellula epatica, rispetto almeno alla escrezione della T.I.F., bisogna cercare



FIG. 2.

un'altra spiegazione per la colecistografia rapida nei diabetici: qui il fattore fondamentale della rapidità è rappresentato certamente dalla iperglicemia e non come si potrebbe obbiettare, da altre speciali condizioni inerenti alla malattia, tanto è vero che in diabetici tenuti a glicemia bassa o normale non si ha una colecistografia rapida e che nello stesso soggetto diabetico, a glicemia alta si ha un rapido riempimento della colecisti che manca quando si sia abbassata la glicemia al normale.

L'importanza pratica poi che ha il conoscere questo speciale comportamento della colecistografia nei diabetici si rivela ogni qual volta si voglia eseguire in questi soggetti un'indagine colecistografica per svelare una colecistopatia.

Si capisce che eseguendo la radiografia dopo 10-12 ore dalla iniezione endovenosa, come si è soliti fare per la colecistografia col metodo di Graham, si rischia di constatare un mancato

riempimento anche nei soggetti sani, e giudicare quindi malata una cistifellea il cui riempimento si sarebbe potuto constatare nelle prime tre ore dopo l'iniezione.

RIASSUNTO.

L'A. mette in evidenza il merito del metodo Antonucci (colecistografia rapida) nell'aver svelato lo speciale comportamento della colecistografia nei diabetici.

Riporta varie esperienze personali sull'azione della T.I.F. sulla glicemia nei diabetici.

Su 11 soggetti diabetici a glicemia alta, ha ottenuto una colecistografia rapida in 10 casi, praticando un'iniezione endovenosa di soda T.I.F.

L'A. fa notare che occorre un valore minimo della iperglicemia (1,80 ‰ circa) per ottenere una colecistografia rapida. Infine in tre soggetti diabetici ha ottenuto una colecistografia rapida con un valore alto della glicemia, mentre ha avuto un mancato riempimento della colecisti dopo aver portato la glicemia al normale.

SUNTI E RASSEGNE.

OFTALMOLOGIA.

Glaucoma.

(H. B. STALLAR. *The Practitioner*, maggio 1934)

La parola glaucoma è usata per un gruppo complesso di lesioni oculari di cui il carattere distintivo è l'aumento della pressione endooculare. Per convenienza clinica si classifica il glaucoma in primario e secondario; ognuno di questi gruppi può culminare in manifestazioni congestive acute o progredite da uno stato insidioso cronico fino alla cecità assoluta.

La causa del glaucoma primario è ancora oscura. Per delucidare il problema si devono studiare molte cose: il bilancio fra produzione e drenaggio del liquido endooculare, la pressione del sangue endooculare e il volume del sangue, la distensibilità e la compressibilità delle tuniche oculari, gli stati fisici del vitreo e della lente, l'idrodinamica dei fluidi endooculari, gli effetti sugli elementi oculari di alcuni costituenti del sangue, delle tossine, degli ormoni, e l'intervento del sistema nervoso simpatico.

Ci sono controversie sulla formazione e drenaggio del liquido endoculare; probabilmente si tratta di un processo di filtrazione attraverso i capillari del corpo ciliare e di secrezione attraverso l'epitelio ciliare; il fluido destinato alla camera anteriore si crede formato dalla pars plicata del corpo ciliare e quello che passa nel vitreo dalla pars plana. Il liquido circola dietro l'iride, attraverso la pupilla e nella camera anteriore e passa anche posteriormente nel vitreo. Il drenaggio si fa probabilmente nell'angolo di filtrazione per combinazione di suzione dalla parte posteriore e spostamento all'interno dello sprone sclerale per contrazione delle fibre longitudinali e circolari del muscolo ciliare e per pressione osmotica esercitata sul canale di Schlemm, che è in intima comunicazione con un plesso sclerale venoso profondo. Il rilasciamento del muscolo ciliare permette allo sperone sclerale di muoversi e al legamento pettinato di avvicinarsi all'angolo di filtrazione. È probabile che si compia anche un certo drenaggio lungo gli strati linfatici perivascolari dei vasi centrali della retina fino al disco ottico. Il liquido penetrando nelle cripte anteriori dell'iride è drenato lungo i linfatici perivascolari dello stroma dell'iride.

La causa essenziale dell'aumento della pressione endooculare è l'ostruzione del drenaggio nell'angolo di filtrazione. Nel glaucoma acuto congestivo questo succede per edema e turgore del corpo ciliare e ingorgo dell'iride, nel glaucoma cronico per tumefazione del vitreo o della lente che comprime la radice dell'iride e la fa aderire alla superficie posteriore della periferia della cornea. La produzione di crisi vascolare che determina ingorgo dei capillari del tratto uveale provoca l'aumento della pressione endooculare. Secondo Du Rè-Alder la crisi vascolare acuta è dovuta a liberazione di istamina e disseminazione della sua azione sul tratto uveale per un sistema di riflessi.

Fattori anatomici predisponenti al glaucoma sono il globo piccolo, la rigidità che cresce coll'età, l'allungamento dei processi ciliari che permette alla lente di muoversi, l'aumento di volume della lente che continua a crescere dopo che il resto dell'occhio ha cessato di ingrandirsi e la sclerosi del legamento pettinato.

In alcuni casi la predisposizione ereditaria e famigliare ha importanza.

Nei primi stadi del glaucoma non è possibile osservare alterazioni istologiche. Sul principio la radice dell'iride è applicata alla parte posteriore della periferia della cornea, ma ne può essere separata; poi si formano delle aderenze, ma il drenaggio è ancora possibile lungo lo stroma dell'iride. Alla fine l'iride diventa aderente atrofico, e non c'è più assorbimento attraverso le cripte. Seguono poi l'ectropion dell'uvea e la formazione di nuovi vasi sulla superficie anteriore dell'iride, si hanno alterazioni trofiche del corpo ciliare, e si formano depositi salini nel connettivo sottoepiteliale. La coroide si appiattisce e si atrofizza e c'è infiltrazione linfopoietica perivascolare attorno alle vene vorticose e proliferazione dell'epitelio persistente. Si producono poi modificazioni degenerative della fibra nervosa e degli strati ganglio-cellulari della retina, la

lamina cribrosa si sposta all'indietro, la lente diventa opaca e l'occhio diventa cieco e dolente.

Il glaucoma secondario compare in un certo numero di malattie oculari: infiammazione della parte anteriore del tratto uveale, cataratta traumatica, dislocazione della lente, emorragie intraoculari e neoplasmi, alcuni stati postraumatici e postoperativi, in tutte le condizioni patologiche che impediscano il drenaggio del liquido endo-oculare dall'angolo di filtrazione per blocco meccanico.

Forma clinica e diagnosi. — La diagnosi precoce di glaucoma ha importanza enorme. Si deve esaminare attentamente ogni persona di 50, 60, 70 anni, che si lamenti di dolore all'occhio o vicino all'occhio.

Nei casi tipici il dolore è a tipo nevralgico, ed è sentito nell'occhio malato e nelle regioni frontale, temporale e malare e può irradiarsi al vertice; comincia generalmente la mattina, passa in poche ore quando il malato cammina e ricompare la sera quando il malato è stanco e scompare di nuovo col sonno.

L'intensità del dolore varia secondo i casi e può accompagnarsi a vomito e a polso irregolare. Inoltre si ha cambiamento di umore, irritabilità, depressione.

La frequenza è maggiore nelle donne. Sono più colpiti gli ebrei, gli egiziani e alcune razze negre. In India il glaucoma è frequentissimo. In alcuni casi c'è una predisposizione familiare al glaucoma come semplice carattere dominante. Il malato di glaucoma, secondo ricerche antropologiche di Rossi, corrisponde al brachicefalo di razza alpina.

Il glaucoma è più frequente in persone con cornea piccola e piccoli globi, come gli ipermetropi; però i miopi non ne sono immuni.

Nel glaucoma primario la camera anteriore è opaca e la periferica dell'iride è avvicinata alla parte posteriore della cornea, restringendo e occludendo parzialmente l'angolo di filtrazione. Nei primi periodi di malattia la pupilla è rotonda e attiva e le cripte e lo stroma dell'iride normali.

Nel glaucoma congestivo acuto la pupilla è semidilatata, ovale e inattiva per la compressione dei nervi ciliari dovuta all'aumento di pressione endocranica. Negli ultimi stadi del glaucoma cronico la parte iridea della retina è avvolta attorno alla pupilla sulla superficie anteriore dell'iride e forma così un anello color cioccolatta con margine esterno irregolare, detto ectropion dell'uvea. Lo stroma dell'iride diventa atrofico e schiacciato, e compaiono nuovi vasi sulla sua superficie anteriore.

Quando la pressione endooculare aumenta, la cornea presenta edema dell'epitelio e della sostanza propria e, nei casi più gravi, si formano piccole vesciche sull'epitelio corneale e queste si possono rompere. La cornea assume l'aspetto di un vetro opaco e perde la sua lucentezza. C'è notevole congestione dei vasi connettivali e ciliari in vicinanza della congiunzione corneosclerale, le palpebre sono edematose, il globo oculare è duro come pietra alla palpazione.

La pressione endooculare può essere saggiata clinicamente o coll'esame digitale o col fonometro di Schiötz.

L'aumento della pressione endooculare è il primo segno del glaucoma.

Il gonioscopio di Troncosco serve a esaminare con ingrandimento di 32 diametri lo stato dell'angolo di filtrazione.

Nello stato prodromico c'è un ritardo nell'adattamento al buio, un attutimento della sensibilità alla luce. Però queste osservazioni si devono fare con speciali apparecchi. Successivamente aumenta la macchia cieca, compaiono difetti della parte vasale del campo, scotomi paracentrali, restringimento generalizzato del campo visivo periferico e finalmente perdita della visione centrale e cecità.

Il glaucoma secondario si può avere nella irite, nella ciclite, nella cataratta, nel dislocamento della lente, nelle emorragie del vitreo e della coroide, nei neoplasmi intraoculari, nella trombosi centrale della retina e nel diabete trattato con insulina.

La distinzione fra glaucoma primario e secondario è necessaria per la cura.

Cura: *Nel glaucoma acuto* istillazioni di eserina 1/2-1 %, ogni cinque minuti per mezz'ora e poi a intervalli di 1/2-1/2 ora fino a quando si interviene. Il paziente va posto a letto e qualche volta ha bisogno di morfina. Si fanno anche applicazioni locali calde (diatermia), iniezioni endovenose di soluzione salina ipertonica (50 cc. di soluzione al 30 %). Questa soluzione è controindicata nei nefritici, nei malati con pressione arteriosa bassa, e nei deboli costituzionalmente. Dopo l'iniezione compare sete intensa, ma non si deve dare da bere.

Se dopo 1-2 ore la pressione endooculare non si riduce, si deve fare un'iridectomia al più presto.

Nel glaucoma cronico, in periodo iniziale, si istillano miotici (eserina o pilocarpina) due volte al giorno. È utile il massaggio del globo oculare. Ad intervalli regolari si misurerà la pressione endooculare. Se non si riesce a mantenere la pressione endooculare nei limiti normali si deve intervenire.

Non c'è un intervento veramente soddisfacente: l'iridectomia è la migliore, ma in alcuni casi sono indicate la sclerotomia di Lagrange, quella di Herbert, la ciclodialisi.

Negli stadi avanzati di glaucoma si fa l'estirpazione del globo. Se questa è rifiutata dal malato, si inietta nell'orbita, profondamente, 1 cc. di soluzione di novocaina al 2 % e 5' dopo 2 cc. di alcool all'80 % pungendo lateralmente, fra il margine inferiore del retto esterno e il margine esterno del retto inferiore.

Nel glaucoma secondario, se c'è iridociclite, atropina, salicilato e calore e cura del focus

settico. Se c'è sangue nella camera anteriore, si fa la paracentesi. Se c'è dislocamento della lente nella camera anteriore col glaucoma si deve fare l'estirpazione.

Per l'iride bombé si fa l'iridotomia o l'iridectomia. Comunque, bisogna prima tentare di ridurre la pressione endooculare.

Nel glaucoma infantile (buftalmo) la cura coi miotici è inutile. Si deve intervenire colla sclerotomia, coll'iridectomia. R. LUSENA.

La cura della congiuntivite.

(P. G. DOGNE. *The Practitioner*, maggio 1934).

La congiuntivite ha diverse forme che vanno dalla semplice iperemia fino alla forma acuta purulenta gonococcica. Le forme lievi di congiuntivite sono molto frequenti, anche a volta in forma epidemica nelle scuole, nelle caserme.

I sintomi variano secondo la gravità dell'attacco. Si hanno sensazioni di sabbia sotto le palpebre, di bruciore, difficoltà a tenere le palpebre aperte, un certo grado di fotofobia. Mancano le nevralgie periorbitali o temporali caratteristiche dell'irite e l'ipersensibilità tattile del bulbo oculare. Spesso c'è una modica ptosi. I vasi della congiuntiva bulbare sono congesti. C'è secrezione che può essere semplicemente mucosa o anche purulenta.

Le complicazioni sono rare. Il pericolo è l'interessamento della cornea (ulcerazione, perforazione, infezione intraoculare).

Per la cura bisogna tener conto del valore delle lacrime, che contengono un enzima antibatterico, che non si deve diluire coi lavaggi troppo frequenti.

Ridley consiglia l'uso dell'atropina o dell'ioscina allo scopo di ridurre l'attività secretoria della ghiandola lacrimale.

Nelle infezioni leggere basta bagnare gli occhi con soluzione borica tiepida e applicare vasellina sul margine palpebrale durante la notte.

Nei casi più gravi acido borico e solfato di zinco, o ossicianuro di mercurio 1:8000 (nelle infezioni da stasi stafilococco aureo) e percloruro di mercurio 1:10.000.

Una goccia di adrenalina all'1 ‰ dà spesso sollievo temporaneo.

Il nitrato d'argento al 2 % è il metodo migliore di attaccare la congiuntiva infiammata; si usa non più di una volta ogni 24 ore e sempre previa cocainizzazione.

In ogni caso di congiuntivite è bene spremere il sacco lacrimale per esaminarne la secrezione.

Congiuntivite di Koch-Weeks. È il tipico «occhio rosa» delle scuole. È prodotto dal bacillo di Koch-Weeks. In genere non è grave, c'è fotofobia per 2-3 giorni, senso di bruciore e lacrimazione, poi c'è diminuzione di questi disturbi e guarigione in 7-10 giorni. Qualche volta c'è secrezione purulenta. Non è necessaria una cura speciale. Basta usare soluzione borica e vasellina borica; nei casi gravi protargolo al 5 per cento.

La congiuntivite angolare è prodotta dal bacillo di Morax-Axenfeld. C'è arrossamento degli angoli dell'occhio. La congiuntiva palpebrale è rossa e tumefatta, mentre la congiuntiva bulbare è scarsamente interessata. Abitualmente non è una forma molto acuta e può diventare cronica. Si usa il solfato di zinco.

La congiuntivite membranosa è per lo più dovuta al b. della difterite, per questo si deve usare l'antitossina; localmente lavaggi e atropina.

La congiuntivite gonococcica è la forma più grave di congiuntivite ed è responsabile, nei neonati, di molti casi di cecità. L'irrigazione costante o quasi è indispensabile. Si può usare soluzione di eusol 1:7 ogni ora, e dopo ogni irrigazione con eusol istillare acriflavina 1:1500 in olio di ricino. Se c'è qualcosa a carico della cornea anche atropina al ½ %. Ogni 24 ore si usi nitrato d'argento al 2 %.

La congiuntivite follicolare è frequente nei bambini e si cura con soluzione borica e migliorando lo stato generale.

Anche *la congiuntivite flittenulare* è dei bambini ed è dovuta per lo più a cattive condizioni igieniche (cattiva nutrizione, specialmente eccessi di idrocarbonati e pochi grassi). Il soggiorno al mare è utilissimo.

Localmente: atropina e soluzione borica. Inoltre: olio di fegato di merluzzo, terapia con raggi ultravioletti, vitamina D.

Il tracoma ha una vasta diffusione in alcune zone; è probabilmente di natura batterica, ma nessun germe particolare è stato messo in evidenza. Le granulazioni si curano col nitrato di argento o colla tintura di iodio; se ci sono ulcerazioni, atropina. Negli stadi successivi solfato di rame.

Il catarro primaverile non è molto frequente, si vede negli adolescenti, è spesso associato ad asma o a febbre da fieno.

In qualche caso è stato utile il radium, in altri l'atropina, in altri la fibrolisina. È importante curare lo stato generale.

È una malattia che scompare col crescere dell'età.

— *La congiuntivite tubercolare* è rara; ha prognosi buona; si cura colla cauterizzazione e anche colla tubercolina.

La congiutivite di Parinaud è una forma acuta con ulcerazione della congiuntiva palpebrale, con febbre e linfoadenite preauricolare. In alcuni casi si tratta di tubercolosi. Cura: applicazioni calde, nitrato d'argento. La malattia può durare parecchie settimane.

La congiuntivite sifilitica è rara, come pure rara è *la pustola vaccinica* della congiuntiva.

R. LUSENA.

Occhio e ghiandole endocrine.

(V. ACCARDI. *Rivista Sanitaria Siciliana*, 1° giugno 1934).

La endocrinologia con le sue teorie seducenti ha attratto nella sua orbita anche gli oftalmologi, desiderosi di conoscere sempre me-

glio i rapporti tra l'occhio e l'intero organismo.

Tra le malattie dell'occhio ed annessi che hanno rapporti con alterata secrezione delle ghiandole endocrine, l'A. ricorda:

la blefarocalasi, affezione che può insorgere in gozzuti o in individui con ingrandimento della sella turcica; le alterazioni anatomiche di essa corrispondono a quelle idiopatiche progressive, riferite oggi ad alterate funzioni ormoniche;

il catarro congiuntivale primaverile, che suole svilupparsi in individui giovani con segni di ritardata pubertà e che è favorevolmente influenzato da estratti testicolari od ovarici;

la congiuntivite flittenulare, che si sviluppa in adenoidei, linfatici;

il tracoma, il quale pur essendo generalmente considerato una malattia infettiva specifica, è certamente legato alla costituzione del soggetto: i tracomatosi sarebbero degli adenoidei nei quali, oltre alle manifestazioni congiuntivali, si hanno delle alterazioni del cavo naso-faringeo, in rapporto forse con secrezione interna alterata, sia della tonsilla faringea, sia delle altre ghiandole endocrine con questa connesse.

Tra le malattie della cornea sono degne di nota: il cheratocono, dipendente da uno stato ipoteiroideo; la degenerazione marginale della cornea, in rapporto con un perturbamento della secrezione ovarica e la degenerazione corneale di Grenoew, in relazione con disturbi di secrezione della tiroide.

La cosidetta « sclera bleu » è una affezione che si accompagna ad ipoacusia e fragilità delle ossa ed è secondo alcuni dovuta ad alterazioni della ipofisi, secondo altri della tiroide e paratiroidi.

Passando a trattare del cristallino l'A. si sofferma sulle cataratte endocrine, caratterizzate dalla insorgenza in giovane età, in individui che mostrano evidenti alterazioni e disturbi di origine endocrina: tra di esse è la cataratta coronaria, che si sviluppa poco dopo la pubertà e che è legata alla entrata in funzione dell'ormone genitale; la cataratta posteriore a sottocoppa; la c. puntata fioccosa; la c. a limiti arcuati. Degne di menzione sono le cataratte presenili che si sviluppano in donne relativamente giovani, durante la menopausa. Più complesso è il problema da taluni affrontato dei rapporti eventualmente intercorrenti tra le cataratte senili e le secrezioni interne (paratiroidi). A documentare le relazioni tra cataratta e ghiandole endocrine, alcuni AA. riferiscono di avere ottenuto rischiaramenti totali o parziali del cristallino in seguito alla somministrazione di preparati opoterapici. È ormai accertata la insorgenza di processi catarattosi dopo asportazioni di gozzo o in seguito a degenerazione strumosa della tiroide: d'altra parte in tali casi la somministrazione di estratti tiroparatiroidei è riuscita spesso ad arrestare la evoluzione della cataratta.

Rossi ha riunito sotto il nome di « oftalmoangiocrinosi » tutta una serie di disturbi funzionali dell'occhio, dovuti a fenomeni vasomotori retinici che si verificherebbero in individui a turbato equilibrio endocrino, senza che sia però possibile individuare quali siano le ghiandole compromesse. Un altro gruppo di affezioni dei vasi retinici, che pare siano legate a fenomeni endocrinici, sono le emorragie recidivanti della retina e del vitreo, che si verificano in giovinette durante i periodi pre- o mestruali oppure in donne in menopausa o sottoposte ad estirpazione delle ovaie.

Di particolare importanza sono, dopo la scoperta dell'insulina ed in rapporto con le recenti vedute sul diabete, le manifestazioni oculari diabetiche che possono colpire tutti i tessuti dell'occhio e che rappresentano talvolta la più importante delle complicazioni di questa malattia.

Anche nei riguardi del glaucoma vi è una abbondante letteratura sui rapporti tra questa affezione e le ghiandole endocrine: ma i pareri sono discordi e le ricerche numerosissime hanno dato risultati non concordanti tra di loro.

Pare solamente accertato che l'ormone tiroideo è capace di produrre profonde modificazioni nella tensione endooculare.

VICENTINI.

FEGATO E VIE BILIARI.

La carta topografica del fegato.

(BÜCHER e LOZANO. *Dtsch. Z. f. Chirurgie*, 243-54, 243-209, 1934).

Già da tempo è noto, specie in seguito ai lavori di Henschen che il sangue portale non si distribuisce omogeneamente nell'organo ma rimane separato: quello proveniente dai rami sinistri della porta (splenica, mesenterica inf.) irrora la metà sinistra del fegato, quello dei rami di destra (mesent. superiore ecc.) irrora la metà destra.

È stata addirittura ammessa una linea ideale tirata fra ilo epatico e cava inferiore dividente il fegato in due metà vascolarmente indipendenti. Numerosi fatti clinici confermano tale dato anatomico-idraulico: p. es. è stato notato che le metastasi epatiche di ascessi o di tumori di organi addominali tributari della cava seguono nella loro localizzazione epatica il lato della loro provenienza.

Su questa base si è perfino giunti da parte di alcuni AA. a supporre una localizzazione delle varie funzioni nei vari distretti epatici.

I due AA., ambedue assistenti della Clinica Chirurgica di Basilea, esaminano in due articoli i due lati del problema: quello della distribuzione del sangue venoso nel fegato e quello della « carta topografica funzionale ».

A proposito del problema idraulico, il primo A. cerca di spiegare il fatto apparentemente contraddittorio che mentre il fatto cli-

nico della omolateralità delle metastasi è da considerare come quasi assoluto (95 %); coloro che hanno riprodotto tali condizioni in ricerche sperimentali hanno visto come iniettando una iniezione colorata nei rami della porta, si aveva una distribuzione della sostanza colorante nel fegato a D. o a S. a seconda della vena in cui era stata iniettata la sostanza con una proporzione di 2 a 3.

Lo sperimentatore ha allora ripetuto qualche esperienza iniettando nei rami rispettivamente D. e S. della porta corpi di grossezza e consistenza diversa (emulsioni, gocce di olio, uova di caviale ecc.) e vide come corpi piuttosto grossi, cioè più vicini alle condizioni verificantisi in embolie tumorali o infettive di soluzioni di sostanze coloranti, si distribuiscono fra i due lobi con una percentuale corrispondente a quella delle metastasi cliniche.

Così viene a portarsi un nuovo contributo al problema sperimentale della distribuzione delle correnti sanguigne nel tronco della porta.

A risultati negativi è invece giunto l'altro A. che ha voluto rivedere l'ipotesi della « carta topografica funzionale » del fegato. Egli dosò in diverse condizioni sperimentali varie sostanze (glicogeno, azoto, acqua ecc.) e nelle varie zone, non ottenendo però nessuna differenza sensibile.

L'A. riporta un caso interessante. Dopo l'asportazione di un rene con surrenale per ipernefroma, si ebbe una crisi ipoadrenalinica in seguito alla quale il p. venne a morte. All'autopsia si riscontrò un accumulo di glicogene nella metà del fegato corrispondente al rene asportato.

La spiegazione venne data dalla condizione anatomica già verificata all'operazione di un ricco reticolo venoso accessorio perirenale tributario della vena porta.

ALDO CALÒ.

La sindrome itterica nella cirrosi atrofica.

(L. HESS. *Kl. Wochenschr.*, 1° sett. 1934).

L'episodio acuto di una sindrome itterica tipica costituisce una manifestazione non eccezionale nel decorso cronico della cirrosi di Laennec. Alcune rare volte tale ittero può essere identificato con un ittero emolitico; più frequentemente si nota una combinazione della cirrosi con manifestazione di colelitiasi che determina la comparsa di ittero da ritenzione. Non è però rara l'evenienza quando la sindrome itterica non è da attribuirsi a nessuno dei due fattori; una serie di casi del genere viene riportata dall'A. che si sofferma sulle condizioni nelle quali l'ittero nella cirrosi è dovuto ad un processo degenerativo a carico della cellula epatica, come viene dimostrato nelle sue osservazioni non solo dallo studio clinico ma anche da quello anatomico in quanto risultava constantemente pervietà delle vie biliari e assenza di processi emolitici.

La prima osservazione dell'A. si riferisce ad un caso di cirrosi iniziale, nella quale l'ittero che non ha influito sull'ulteriore decorso della malattia, ha presentato tutti i caratteri dell'ittero semplice, dal quale non potrebbe essere distinto.

Vengono in seguito citati casi di cirrotici nei quali l'ittero è sopravvenuto durante una di quelle infezioni che possono essere itterogene anche in individui normali come p. es. le infezioni pneumococciche, streptococciche a tipo di eresipela, endocardite ulcerosa ecc. In questi casi come pure nel precedente il decorso si presentava tipico per l'ittero infettivo, inquanto che veniva caratterizzato da maggior volume splenico, da febbre, leucocitosi, aumentata velocità di sedimentazione, feci ipocoliche, bilirubinemia ecc. L'autopsia metteva in evidenza oltre alle manifestazioni della cirrosi, notevoli manifestazioni degenerative con infiltrazione grassa del parenchima epatico: mai alterazioni dei dotti biliari; la lesione delle cellule epatiche ha culminato in un caso nel quadro tipico dell'atrofia acuta del fegato. La « nox » infettiva era da riportarsi in un caso ad un processo osteomielitico, in altri a processi pneumonici o bronco-pneumonici in atto.

Secondo l'A. alcuni casi della cosidetta sindrome « ittero ascitica » descritta dagli AA. francesi, la quale sindrome si manifesta acutamente nel decorso della cirrosi, sono da riportarsi nello stesso gruppo. La causa infettiva può essere rappresentata da bacillemia tubercolare, come pure da infezioni tifo-paratifoidi, da febbre gialla, ecc., nelle quali si verificano estese necrosi di tessuto epatico. Qualche volta del resto (come anche in un caso dell'A.) manca una causa infettiva dimostrabile; l'ittero sembra dovuto ad una degenerazione parenchimatosa subentrata tumultuariamente e la febbre deve essere considerata anch'essa come epatogena.

Osservazioni di ultimi anni hanno dimostrato che l'ittero (analogamente a ciò che avviene per alcune manifestazioni reumatoidi, per la nefrite ecc.) può manifestarsi dopo una malattia infettiva, quando la febbre era già cessata da qualche giorno; ne è esempio tipico l'ittero metapneumonico (come in altro campo il reumatismo e la nefrite postscarlattinosa).

L'ultima serie dei casi dell'A. si riferisce appunto ad osservazioni di vicende patologiche del genere verificatesi in cirrotici. In essi l'ittero si manifestava alcuni giorni dopo l'estinzione completa o quasi di un processo infettivo (polmoniti, ascessi ecc.) portando quasi sempre gli infermi alla morte attraverso un quadro di epatargia, talora con manifestazioni tipiche di atrofia acuta del fegato. La sin-

drome itterica era afebbrile od anzi ipotermica.

Concludendo: la sindrome itterica che nel malato di cirrosi può comparire sia all'inizio della malattia cronica, che durante il decorso di essa o al termine costituendone la manifestazione finale, dev'essere in molti casi attribuita ad una grave degenerazione parenchimatosa per lo più da cause infettive; tale lesione è favorita dalla sensibilità della cellula epatica del cirrotico; d'altra parte l'insediarsi della infezione è facilitato nel cirrotico della scarsità di difese generali, per cui si può parlare di una anergia dei cirrotici.

Per quel che riguarda la prognosi di tale manifestazione, essa non può essere enunciata genericamente, essendo condizionata più che altro da eventuali manifestazioni di epatargia.

S. MINZ.

Sulla diagnosi precoce dell'insufficienza epatica. La crisi emoclasica da estratti di fegato negli epatopazienti.

(L. JACCHIA e F. RAPUZZI, *Arch. di patol. e clin. medica*, agosto 1934).

Dopo aver riassunto e criticato i vari metodi di esplorazione funzionale del fegato e più precisamente quelli basati sullo studio del ricambio proteico, degli idrati di carbonio, dei grassi, del ricambio pigmentario, della funzione escretrice, gli AA. si soffermano a trattare ampiamente della crisi emoclasica.

Il Widal e i suoi collaboratori hanno messo in evidenza l'esistenza di una crisi emoclasica digestiva negli epatici, dimostrata dalla leucopenia che compare dopo 1 ora e mezza dall'ingestione massiva a digiuno di 200 cc. di latte.

L'incostanza di questa prova di Widal può dipendere dal fatto che la prova stessa può saggiare soltanto la funzione proteopessica del fegato, che può anche non essere compromessa pur essendo leso il fegato. A questa prova di Widal si è anche obbiettato che nei lattanti si ha una leucopenia digestiva, non una leucocitosi.

Jacchia nel 1932 ha concluso una serie di ricerche dicendo che negli epatopazienti l'iniezione endovenosa o endomuscolare di 2 cc. di estratto epatico ha provocato costantemente i segni più caratteristici di una crisi emoclasica. Di questa reazione egli afferma la specificità.

Ora gli AA. ritornano sull'argomento collo studio di un più esteso numero di casi, col confronto fra prova di Jacchia e prova di Widal, colle cuti, intradermo e oftalmoreazioni mediante estratti epatici in sani ed epatopazienti.

Su 23 epatopazienti hanno fatto 39 prove di Jacchia e 4 di Widal, ed hanno ottenuto 31 crisi emoclasiche su 43 prove. Criticando i risultati, 34 esperienze erano attendibili ed hanno dato 29 risultati positivi.

Colle iniezioni di sostanze proteiche negli epatopazienti in 16 esperienze ebbero 16 risultati negativi, come pure negative sono riuscite due prove colla glicocolla e col peptone.

Negative sono riuscite sette esperienze con iniezioni di estratti epatici, 4 con sostanze proteiche, due con peptone e glicocolla in soggetti senza lesioni epatiche.

Ricerche chimiche sugli estratti adoperati hanno permesso di escludere che le reazioni dipendano dalle proteine di questi prodotti.

Praticamente negativi sono stati i tentativi di introderma, cuti e oftalmoreazione con estratti epatici negli epatopazienti.

Gli AA. invece riaffermano il valore pratico della prova di Jacchia nel saggiare la funzionalità epatica, perchè dà una costanza di risultati che non si verifica coi saggi usuali della funzionalità epatica.

Per il meccanismo della prova essi ritengono che la crisi emoclasica da estratto epatico sia espressione di un particolare stato di sensibilizzazione dell'organismo per parte di prodotti di disintegrazione della cellula epatica e che il nuovo metodo possa ricondursi a fenomeni di tipo anafilattico.

R. LUSENA.

L'efedrina in terapia e sopratutto negli stati di choc degli epato-biliari.

(J. LAUER. *Rev. Méd. Chir, des Mal. du Foie*, ecc., luglio-agosto 1934).

Da uno studio farmacodinamico e clinico sugli effetti dell'efedrina l'A. conclude che, senza attendere effetti miracolosi, bisogna riconoscere in essa una droga molto curiosa di cui l'azione ricorda quella della caffeina e dell'adrenalina. È l'adrenalina vegetale.

Dal punto di vista fisiologico l'A. ha ottenuto i risultati seguenti:

a) Effetti tonicocardiaci con ritorno delle forze, correzione dell'astenia e della depressione generale, elevazione della pressione arteriosa, rallentamento del polso, aumento delle cifre delle urine.

b) Eccitazione del tono generale, correzione della sonnolenza così frequente negli epatobiliari. I malati lasciano più facilmente il letto e riprendono più agevolmente la loro attività. Per contro, l'efedrina presa troppo tardi nella giornata può impedire il sonno.

Dal punto di vista patologico, l'efedrina sembra correggere, se non sempre, almeno molto spesso, lo squilibrio vaso-simpatico con una eccitazione del simpatico (cioè a dire essa riporta verso la norma i vagotonici), ed esagera nei simpaticotonici la tachicardia, o il nervosismo e gli accidenti legati alla simpaticotonia.

È forse in ragione di questa azione simpaticotonica che l'efredina è stata utile all'A. in un gran numero di casi clinici che potevano essere interpretati come la manifestazione di uno choc colloidoclasico (anafilattico o allergico) sopratutto nel prurito, nell'orticaria, nell'edema di Quincke, nell'asma, nell'emicrania e nelle coliche epatiche colloidoclasiche.

Quanto all'azione dell'efedrina su alcuni stati depressivi cardio-vascolari, essa può spiegarsi sia per un'azione diretta sul sistema cardiovascolare, sia per un'azione indiretta per mezzo della correzione dello squilibrio vaso-simpatico.

Quando si vorrà ricorrere a questo eccellente medicamento non si dovrà mai dimenticare di ricercare il riflesso oculo-cardiaco per evitare l'uso del rimedio nei casi di simpaticotonia.

C. TOSCANO.

MEDICINA D'URGENZA.

I soccorsi d'urgenza agli asfissiati.

(M. NICLOUX e R. LEGENDRE. *Bull. Acad. Médicine*, 4 dic. 1934).

Il numero dei decessi per asfissia è indubbiamente considerevole ed aumenta continuamente con i progressi industriali, che moltiplicano le sorgenti di ossido di carbonio e di vapori deleteri, nonchè le linee e gli apparecchi elettrici.

Le asfissie accidentali sono diventate più numerose che le volontarie ed hanno cause svariate: meccaniche (seppellimento, annegamento), respiratorie (alterazioni dell'atmosfera), circolatorie (disturbi cardiaci, emorragie), nervose (irritazione da gas tossici, elettrocuzione, sincope anestesica).

In tutti i casi, il salvatore si trova improvvisamente di fronte ad un individuo inerte, di cui lo stato grave può terminare in pochi minuti con la morte se l'arresto respiratorio si prolunga. Il che significa che il soccorso deve essere immediato, sullo stesso posto ed applicato anche da persona non tecnica a cui debbono quindi esser date le istruzioni necessarie.

Prima prescrizione è quella che il salvataggio non aumenti il numero delle vittime; l'individuo in procinto di annegare trascina spesso con sè il suo salvatore; il penetrare in una stanza piena di gas illuminante senza prima ventilarla vuol dire esporsi a certa morte; così pure il precipitarsi sull'individuo colpito dalla corrente elettrica, senza prima pensare all'isolamento, significa fare altre vittime, spesso numerose, a rosario.

L'individuo in procinto di annegare deve esser preso per di dietro e tenuto per la testa. Quando il pericolante si trova in una galleria, in una trincea profonda, si penserà dapprima a ventilare il luogo ed il salvatore si calerà con la corda alla cintura e tenuto da un altro che sta al di fuori. Per l'individuo in contatto con la corrente elettrica, si seguiranno le prescrizioni di un decreto francese e cioè: se la tensione è inferiore a 600 volta, se continua, a 250, se alternata, a 250-430, se trifase, basterà allontanare la vittima senza mettersi in circuito, tenendo presente che l'umidità costituisce un gran pericolo anche a bassa tensione. Il più spesso, basterà allontanare i fili con un bastone secco, isolandosi dalla terra mediante una tavola od un mucchio di carta o di paglia secca; la vittima sarà spostata servendosi di una mano sola, la destra.

A tensioni più alte, ma inferiori a 6000 volta, si tenterà di togliere la corrente prima di toccare la vittima e se questa è attaccata ai fili. si dovrà prevedere la sua caduta e mettervi qualche cosa sotto per smorzare l'urto. Il salvatore si isolerà salendo sopra un panchetto isolante (una sedia di legno ben secca), oppure mediante delle tavole poste sul terreno, facendo poi un secondo piano di tavole isolate dalle prime per mezzo di bottiglie, di recipienti di coccio e simili; la vittima non sarà toccata che mediante delle lunghe pertiche di legno ben secco.

Al disopra dei 6000 volta, ogni tentativo di salvataggio è estremamente pericoloso e ci si dovrà limitare ad avvisare la centrale ed intervenire soltanto dopo che la corrente è stata tolta.

Come si è detto, il pronto soccorso deve essere immediato, se vuole essere efficace. Prima prescrizione è quella di slacciare i vestiti e incominciare subito la respirazione artificiale, che va continuata anche per delle ore.

Fra i due metodi, di Sylvester e di Schafer, gli AA. danno senz'altro la preferenza al secondo, che è meno pericoloso, esige meno spazio, stanca meno e può essere eseguito facilmente da chiunque.

La posizione sul ventre, con la bocca in basso permette l'evacuazione dell'acqua ingerita, delle espettorazioni, della schiuma, eventualmente del vomito. La lingua, inerte, pende nella bocca, senza rischio di bloccare le vie respiratorie; nessun bisogno, quindi, di tenere aperta la bocca e di estrarne la lingua. Durante tale respirazione, si possono altresì compiere altre manovre necessarie: ricerca dei riflessi, iniezioni sottocutanee, ecc.

Per poter continuare a lungo la respirazione artificiale, vi sono degli apparecchi meccanici, fra cui i più noti sono quello di Panis in Francia e di Zumaglini in Italia, che rispondono bene allo scopo.

La respirazione artificiale è la manovra essenziale che i salvatori debbono mettere in opera subito, anche prima dell'arrivo del medico. Altri soccorsi che i profani debbono portare sono il riscaldamento (mediante frizioni, compresse calde specialmente sulla nuca) e l'inalazione di ossigeno, che va fatta largamente e durare un certo tempo. L'aggiunta di anidride carbonica all'ossigeno può essere utile in certi casi, ma dannosa in altri, sicchè è meglio astenersene.

Il medico, se si trova al momento dell'incidente, prenderà la direttiva del soccorso che così si riassume: respirazione artificiale col metodo Schafer, praticato a mano subito prima dell'arrivo degli apparecchi, inalazioni di ossigeno, riscaldamento. La respirazione va continuata a lungo e non sarà sospesa che alla

ricomparsa della respirazione naturale od alla comparsa dei segni certi di morte (rigidità e lividore cadaverico). Essa, di tanto in tanto, va interrotta, p. es., una quindicina di minuti ogni ora, allo scopo di vedere se riprende la respirazione spontanea. Se la ventilazione è stata eccessiva, se si dispone di anidride carbonica, si potrà praticare una miscela di questa con l'ossigeno.

Vi sono varie sostanze capaci di eccitare il centro respiratorio, di modificare la vaso-motricità, di provocare le contrazioni cardiache; la difficoltà, però, consiste nel farle penetrare in una circolazione rallentata.

Si sono proposte le iniezioni intracardiache di adrenalina, ma si tende sempre più a rinunciarvi; esse sono poi formalmente contro-indicate nella sincope cloroformica.

La lobelina, la coramina, il pentametilentetrazol, la sparteina, la caffeina hanno un'azione eccitante sulla respirazione. Unanimemente raccomandata è la canfora per cui saranno preferibili i preparati solubili in acqua, utilizzabili anche per iniezioni endovenose.

Il salasso può essere dannoso perchè riducendo la massa di emoglobina, diminuisce gli scambi respiratori, ma ha il vantaggio di sollevare il polmone in caso di edema e di agire sul cuore destro ingorgato. Lo si applicherà o non secondo i casi.

Importante è, in complesso, il provvedere al pronto soccorso subito, anche prima dell'arrivo del medico. Da ciò la necessità di diffondere il più che sia possibile nozioni semplici, che sono di capitale importanza e che potranno contribuire a salvare molte vite. *fil.*

Organizzazione della trasfusione sanguigna d'urgenza con il sangue conservato.

(SERVANTIE e JULLIEN-VIÉROZ. *Bordeaux-Chirurgical*, n. 4, ottobre 1934).

Uno dei due AA. ha istituito nel 1930, a Bordeaux un'organizzazione di donatori di sangue. Non è sempre però possibile avere a disposizione immediatamente un donatore, e non è neppure possibile seguire il metodo di Judine della trasfusione del sangue di cadavere con cui questo A. può ritirare, anche qualche ora dopo la morte, grandi quantità di sangue, conservarlo citratato durante parecchi giorni e addirittura parecchie settimane al freddo per iniettarlo in caso d'urgenza.

Questo metodo non è possibile attuarlo in Francia sia perchè la legge vieta di toccare il cadavere prima delle ventiquattro ore dalla morte, sia perchè urta contro ostacoli di natura sentimentale. Gli AA. hanno perciò pensato di organizzare un servizio di trasfusione di urgenza con sangue citrato prelevato a donatori selezionati e conservato in ghiacciaia elettrica. Questa idea del resto aveva dei precedenti nelle ricerche sperimentali di Judine, di Hédon e di Fleig, di Peyton-Roux e Tuner, e nei primi tentativi fatti con successo nel 1915 sull'uomo da R. Weill.

La tecnica usata dagli AA. è la seguente: un pallone di vetro serve per raccogliere il sangue, e praticare poi la trasfusione; esso presenta nella sua parte supero-laterale un tubetto attraverso cui passa il sangue durante la trasfusione e che al momento della raccolta del sangue viene chiuso mediante un piccolo tappo.

Per la presa del sangue, il pallone, sterile, porta un tappo con due buchi: attraverso uno di questi passa il tubo per mezzo del quale si produce per aspirazione il vuoto dentro il pallone; attraverso l'altro passa un altro tubo fatto a Y: alla branca laterale è fissato il tubo di gomma che termina con l'ago per la presa del sangue dal datore; alla branca verticale è raccordato invece un recipiente pieno di soluz. di citrato di Na al 5 %. Una parte della soluz. citrata è messa dentro il pallone e l'altra è regolata in modo da cadere nel pallone a goccia a goccia in modo da mescolarsi intimamente al sangue raccolto; sulla necessità di questa intima mescolanza gli AA. insistono molto per la buona riuscita della conservazione e della successiva trasfusione del sangue.

In questo modo è possibile raccogliere da ogni donatore circa 250 cc. di sangue. Tolto quindi il tappo, bucato come si è detto sopra, e sostituitolo con uno di cotone, il pallone è messo immediatamente in ghiacciaia.

Al momento della trasfusione si riscalda il pallone a 39°; mediante un tubo di gomma si innesta l'ago nel tubetto che il pallone presenta nella sua parte supero-laterale e si pratica la trasfusione.

Nel tubo di gomma che porta il sangue al ricevitore è intercalato un piccolo filtro sterilizzato di seta che impedisce il passaggio della fibrina.

Con questo metodo gli AA. hanno già praticato numerose trasfusioni senza lamentare alcun inconveniente. G. GENTILE.

L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA

Cura della miosite, artrite e disturbi della circolazione periferica con l'istamina somministrata per mezzo della cataforesi

(DAVID H. KLING. *Arch. of Surg.*, vol, 29, n. 1).

Recenti studi hanno messo in evidenza la importanza che hanno i disturbi del circolo periferico nell'etiologia di affezioni delle articolazioni e dei muscoli. Nel 1909 Wollemberg in base alle alterazioni arteriosclerotiche delle articolazioni molate emise la teoria dell'origine vascolare dell'osteoartrite. Recentemente Goldhaft e i suoi collaboratori hanno dimostrato la deficienza della circolazione periferica nell'artrite. Heuch, Henderson, Rowntree e Adson della Clinica Mayo hanno ottenuto buoni risultati nelle artriti reumatoidi con la ramisezione e la ganglionectomia simpatica che eliminò la vasocostrizione. In seguito ad uno studio più esteso Lewis venne nella considerazione che le sostanze del tipo dell'istamina fossero un ormone che regolava la circolazione periferica; perciò Deutsh ebbe l'idea di fornire l'istamina alle parti malate e così venire incontro a una possibile deficienza. Nel 1931 egli pubblicò i risultati favorevoli ottenuti in 250 casi di affezioni dolorose dei muscoli con il trattamento dell'istamina somministrata con la cataforesi galvanica.

L'azione dell'istamina sulla circolazione periferica è rappresentata da: 1) una dilatazione locale e un aumento del sangue circolante nei piccoli vasi; 2) un aumento locale della permeabilità dei capillari e 3) una dilatazione delle arteriole circostanti.

Questa reazione fu usata da Jordan per determinare il grado di lesione del circolo periferico nella malattia di Buerger e nell'arteriosclerosi.

L'A. ha curato 68 casi con l'istamina somministrata per mezzo della cataforesi; si trattava di affezioni varie, come miositi, artriti, borsiti subacute, tenosinoviti, acroparestesie, malattia di Buerger, edema angioneurotico; in 49 dei casi così trattati egli notò un miglioramento o una guarigione, gli altri 19 non ebbero alcun vantaggio.

Di notevole interesse sono i buoni risultati ottenuti con questa cura da Vas in un caso di malattia di Raynaud, in due casi di Buerger e in tre casi di ulcera cronica della gamba; e dall'A. in un caso di Buerger e uno di edema angioneurotico del ginocchio. R. MARTONE.

Una nuova terapia anti-infettiva: il carbone intravenoso.

(A. TOURAINE e B. MENETREL. *Presse Médicale*, 12 dic. 1934).

Gli AA. basandosi sui lavori di Saint Jaques di Montreal, hanno curato svariate affezioni cutanee, e condotte varie esperienze sugli animali con iniezioni di carbone endovenoso.

Altri AA. impiegano il carbone animale, ma dato che sperimentalmente si è visto che certe preparazioni di questo sono tossiche ed uccidono la cavia in dose di 4 cc. e che in qualche raro caso clinico si sono verificati fenomeni di schok, Touraine e Menetrel hanno usato carbone vegetale, preparato in modo speciale, senza il minimo inconveniente anche a dosi alte e ripetute, sia negli uomini che negli animali.

Impiegano una sospensione di carbone in soluzione fisiologica al 2 %, e ne iniettano da 3 a 5 cc.: in alcuni casi bastano poche iniezioni, in altri occorre perseverare e ripetere le iniezioni 8-10 volte prima di ottenere risultati apprezzabili.

Le indicazioni sono tutte le dermatosi infettive acute (streptococcie cutanee, piodermiti acute, impetigo, furuncolusi, eresipela, eczemi acuti ecc.), le linfagiti, il reumatismo infettivo, l'eritema polimorfo, le orchiepididimiti, le salpingoovariti e le setticemie.

Benchè i risultati non siano costanti, pure in molti casi la guarigione è stata rapida e completa.

Gli AA. emettono delle ipotesi per spiegare l'azione del carbone endovenoso: aumento del potere fagocitario dei leucociti e dei macrofagi, come pensa Saint Jaques, o può essere che il carbone per le sue notevoli proprietà di assorbimento e di adsorbimento fissi le tossine e le neutralizzi, oppure agisca per variazioni elettriche, il granulo di carbone formerebbe un complesso elettrico che modificherebbe il ph ambiente e scaricherebbe il potenziale elettrico dei batteri.

Secondo gli AA. il nuovo metodo terapeutico è pieno di promesse, il cui campo di azione si estenderà nella terapia di numerose malattie e per la sua efficacia e per l'innocuità assoluta: può impiegarsi infatti anche nei lattanti. E. ZITO.

DIVAGAZIONI

Reazioni paradossali in biologia.

Vi sono nel mondo fisico fenomeni che sembrano contrastare con le leggi generali, e che hanno tutto un aspetto paradossale. Tali fenomeni risultano come una tendenza al mantenimento dello *statu quo* e quindi come una reazione a tutte le azioni che importano modificazioni della materia e dell'energia.

È nota la legge di Lenz: ogni variazione nell'equilibrio elettronico di un circuito chiuso è immediatamente seguìta dalla produzione di una corrente elettrica di senso tale che tende ad opporsi alla variazione stessa. Quando si avvicina improvvisamente un circuito ad un altro circuito percorso da una corrente, nel primo si manifesta una corrente indotta il cui senso è tale che le due correnti si respingono.

Analogamente ogni qual volta l'equilibrio molecolare di un corpo è disturbato da una causa improvvisa qualsiasi, si produce nel corpo stesso una reazione di senso inverso che tende ad opporsi al turbamento dell'equilibrio.

Se in un filo metallico fissato alle sue estremità e teso orizzontalmente si fa passare una corrente di una certa intensità si osserva un incurvamento determinato dall'allungamento del filo. Poichè la resistenza elettrica d'un conduttore diviene più grande quando la sua lunghezza aumenta, l'allungamento del filo prova che si è manifestata una reazione tendente ad opporsi al passaggio della corrente.

H. Bordier (*Presse Médicale*, 15 dicembre 1934) osserva che queste reazioni che egli chiama paradossali si riscontrano anche nel mondo biologico.

Se si prende la temperatura centrale di un individuo immerso in un bagno la cui temperatura sia inferiore a quella del corpo, si constata che poco dopo l'immersione il termometro si abbassa invece di alzarsi. Si determina insomma una reazione che può dirsi paradossale in quanto la temperatura del corpo al quale si sottrae calore comincia con l'elevarsi.

È facile comprendere che questo fenomeno biologico è affatto differente dai fenomeni fisici propriamente detti. Una simile reazione paradossale non si verifica mai in un corpo inerte: un corpo qualsiasi immerso in un liquido più freddo subirà immediatamente un abbassamento di temperatura fino al ristabilimento dell'equilibrio termico.

Tutto induce a credere che il fenomeno che si constata nell'organismo vivente è dovuto all'azione del sistema nervoso che regola la termogenesi dell'uomo e degli animali superiori.

In effetti è facile constatare il fenomeno inverso. In un individuo esposto con tutta la sua superficie cutanea all'azione dei raggi solari la temperatura centrale comincia con il discendere malgrado il sovrariscaldamento di tutto l'organismo. Dopo qualche tempo anche la temperatura centrale aumenta fino a raggiungere un equilibrio costante.

Lo spostamento provocato nell'equilibrio fisiologico del soggetto esposto all'azione dei raggi caloriferi del sole determina una reazione in senso inverso tendente ad opporsi al riscaldamento indotto dall'irradiazione.

Un altro esempio di reazione paradossale è fornito dall'azione delle correnti di alta frequenza sulla tensione arteriosa degli ipertesi. Se si fa attraversare il corpo di un iperteso da una corrente di diatermia convenientemente applicata, dopo una trentina di minuti si constata una caduta della pressione più o meno accentuata, ma nei primi minuti del passaggio della corrente si nota un aumento della pressione. Si tratta di un'altra reazione dell'organismo il cui equilibrio circolatorio e vasomotorio è stato bruscamente alterato.

Fatti analoghi possono verificarsi nei fenomeni inerenti alle combustioni interstiziali dei tessuti.

È noto che l'ossigeno necessario alle combustioni organiche è apportato nella profondità dei tessuti dall'emoglobina. Questa a livello della superficie pulmonare si libera del gas carbonico risultante dalle combustioni e si carica di ossigeno che cede poi ai tessuti.

In un soggetto sottoposto all'azione di una corrente di diatermia ai 2000-3000 milliampère si constata dopo circa trenta minuti una diminuzione dell'ossigeno assorbito. Ma questa diminuzione è preceduta da un breve aumento del consumo di ossigeno che si verifica subito dopo la chiusura della corrente.

La diminuzione si spiega con il fatto che le correnti di alta frequenza determinano nei tessuti un forte aumento di calore, che l'organismo controbilancia con una riduzione della produzione di calore, ossia delle combustioni interstiziali.

Ma al principio l'organismo, il cui funzionamento normale è perturbato, reagisce paradossalmente con un aumento delle sue combustioni, ossia assorbendo una maggiore quantità di ossigeno.

Per quel che riguarda l'acido carbonico espirato si ha una reazione della stessa natura: subito dopo il passaggio della corrente si ha un breve aumento dell'acido carbonico emesso, seguìto da una riduzione che dura fino a quando l'organismo trovasi sotto l'azione della corrente diatermica.

Tali fatti autorizzano a concludere che l'organismo sottoposto bruscamente ad energie calorifiche, meccaniche, elettriche reagisce con una fase d'iperattività funzionale, alla quale segue, quando la causa continua ad agire, una fase di riduzione proporzionale all'energia subìta e che tende automaticamente a compensarne gli effetti.

argo.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

G. PERRANDO. *Manuale di Medicina Legale.* 2ª edizione. Casa Editrice Libraria V. Idelson, Napoli.

La seconda edizione del noto Manuale di Medicina Legale del Perrando esce opportunamente aggiornato, in relazione sia alle nuove dottrine scientifiche e tecniche, che alla nuova legislazione penale e sociale introdotta, com'è ben noto, dal Regime Fascista.

Il Perrando, noto cultore di medicina legale, non ha mancato di completare la trattazione della sua disciplina con brevi capitoli e numerosi accenni riguardanti l'Antropologia e la Psicopatologia Criminale, e la Medicina assicurativa, così come ha opportunamente conservati alcuni ricordi anatomici e fisiologici, che sono giustamente parsi necessari per i giuristi, i quali, non avendone conoscenza, avrebbero trovato meno facile la chiara comprensione dei vari problemi medico-legali.

L'A. dedica il III, IV, V e VI capitolo allo studio del delinquente e del pazzo in generale, alle principali psicopatie, al concetto di delitto e classificazione dei delinquenti, e della responsabilità penale e della capacità civile; arrivando a dare delle cognizioni sufficienti per gli studenti specialmente in rapporto a quello che è lo stato attuale dell'antropologia criminale moderna, che, come è ben noto, costituisce oggigiorno disciplina autonoma e di grande importanza, nei riguardi specialmente dell'orientamento biologico, che si va sempre più imponendo nella moderna lotta contro il sempre grave problema della criminalità.

Seguono i capitoli nei quali sono trattati, con particolare competenza, i vari problemi della medicina legale; ed è grande merito dell'autore l'averli aggiornati rigorosamente alle nuove leggi penali ed alle più recenti previdenze sociali.

I capitoli VII, VIII, IX e X sono dedicati alle questioni che interessano il matrimonio, i delitti contro la moralità pubblica ed il buon costume, la gravidanza ed il parto, ed i delitti contro l'integrità e sanità della stirpe. Ed è veramente utile che lo studente abbia la conoscenza precisa di tutto ciò che è stato fatto dal Fascismo per la difesa della famiglia e la integrità e sanità della stirpe, in quanto è dal medico che si attende l'applicazione rigorosa di tali leggi, che tanta importanza hanno nella politica demografica e sociale iniziata con tanto fervore dal Fascismo.

Il capitolo XI è dedicato alla traumatologia forense, e si trova in esso tutto ciò che di più recente è stato stabilito anche dal nuovo codice penale circa la valutazione medico-legale delle lesioni.

Il capitolo XII tratta delle lesioni e morte per agenti termici ed elettrici e per inanizione; il capitolo XIII delle asfissie meccaniche; il capitolo XIV dell'infanticidio e della vitalità; il capitolo XV della tossicologia forense; il capitolo XVII della tanatologia e necroscopia forense; ed il capitolo XVIII delle macchie e tracce sospette, che tanta importanza vanno assumendo nella moderna criminologia, per le comuni funzioni di polizia e di indagini giudiziarie.

Il capitolo XVI è dedicato alle lesioni personali ed al risarcimento di danni; ed in esso si ritrovano esposti, con sufficiente larghezza e con rigorosa competenza, i problemi delle assicurazioni, degli infortuni sul lavoro, delle malattie professionali, delle pensioni di guerra e delle simulazioni ed autolesioni.

Da tale schematica recensione, si comprende facilmente come il Manuale del Perrando risponda pienamente allo scopo fondamentale per il quale è stato scritto, fra cui specialmente quello di costituire una sicura guida per gli studenti ed un utile libro di consultazione per i medici ed i giuristi, chiamati a risolvere i numerosi ed importanti problemi pratici di medicina legale.

B. DI TULLIO.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

BÖHLER L. *Technique du traitement des fractures.* Trad. sulla 4° ediz. per M. BOPPE. Masson, ed. 1934, Fr. 160.

Il nome del Böhler ha ormai una risonanza mondiale e troppo nota è la sua opera poderosa sulle fratture perchè ci sia bisogno di una presentazione Si può dire che tutta l'attività di questo scienziato sia polarizzata verso il perfezionamento dei metodi di cura delle lesioni traumatiche, fratture in prima linea, in una volontà di continuo superamento. Egli ha saputo creare, nel grande Unfallspital di Vienna, che dirige, l'organizzazione ideale per lo studio e la realizzazione su vasta scala dei metodi di cura da lui elaborati.

I principi fondamentali su cui il Böhler basa il trattamento delle fratture (riduzione esatta; immobilizzazione assoluta e sufficientemente protratta; mobilizzazione attiva delle articolazioni non interessate) non costituiscono certo una novità: ma è merito indiscusso del Böhler di avere insistito tenacemente sulla rigorosa applicazione di essi, cercando la soluzione pratica del problema curativo, non entro i limiti di una tecnica uniforme, ma ricorrendo caso per caso, con spirito eclettico, al metodo che meglio consentiva la realizzazione dei detti principi. (Il B. ad esempio si è sempre ostinatamente opposto a un trattamento esclusivamente o prevalentemente cruento delle fratture, indirizzo che ormai fortunatamente trova ben pochi sostenitori),

E se anche alcune affermazioni del Böhler, risentendo del suo spirito combattivo, appa-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

iono troppo assolutistiche, nessuno potrà negargli il grande merito di avere, in un periodo in cui i progressi della chirurgia viscerale tendevano quasi a far trascurare la cura delle fratture, richiamato energicamente l'attenzione sulla quantità dei risultati definitivi scadenti e sulla grande importanza sociale del problema, insistendo sulla impossibilità di curare bene le fratture senza una buona organizzazione.

Questo libro, giunto ormai alla quarta edizione, è dunque il frutto di un lungo lavoro di critica e di perfezionamento incessante e ove solo si confronti la mole della prima edizione (Maudrich 1929) che conta 176 pagine con 234 figure con questa traduzione francese (che consentirà all'opera una diffusione ancora più grande) di 650 pagine con 1046 figg., si può avere un'idea del lavoro di continua revisione e di perfezionamento cui il Böhler sottopone la sua opera. Libro chiaro, conciso, denso di contenuto: per ogni tipo di frattura sono accuratamente descritti *tutti* i dettagli pratici della tecnica curativa, quindi enumerati gli errori che bisogna evitare. Frequente l'esemplificazione casistica.

Questa quarta edizione si chiude con un capitolo sugli aspetti sociali della traumatologia, il quale più che un appendice costituisce per le statistiche riportate dei risultati pratici, la più efficace dimostrazione della bontà dell'indirizzo segnato da Lorenzo Böhler. E. V.

M. ISELIN. *Chirurgie de la main*. Masson & C. Paris, 1934. Fr. 55.

Questo volumetto, di cui l'A. ci ha dato la seconda edizione, notevolmente ingrandita e più largamente documentata, rappresenta un'opera preziosa, sia pel medico pratico, che per il chirurgo di professione.

Le ferite, le infezioni e la chirurgia riparatrice della mano sono trattate completamente ed autorevolmente da un chirurgo, il quale ormai in questo campo possiede un'autorità indiscussa. V. LOZZI.

A. BASSET, H. COSTANTINI, ecc. *Nouveau traité de pathologie chirurgicale. Urologie et appareil génitale de l'homme*. Vol. IV. G. Doin & C. Paris, 1934. Fr. 220.

Quest'ultima parte, del Nuovo trattato di Patologia chirurgica pubblicato sotto la direzione di Basset, Costantini, Jeanneney, Maissonet e Miginiac, affidata e condotta magistralmente a termine da J. Maissonnet rappresenta il degno complemento dell'ottimo trattato. I varî capitoli della patologia chirurgica dell'apparato urinario e dell'apparato genitale maschile sono esposti in maniera completa con ordine e con la bella chiarezza, che distingue i migliori trattati francesi.

V. LOZZI.

V. PAUCHET, H. GAEHLINGER. *Les adhérences*. Vol. di 105 pagg., con 6 fig. Doin. e C., editore. Paris, 1934. Fr. 22.

È una breve monografia che fa parte della collezione sulla patologia addominale, pubblicata sotto la direzione di V. Pauchet.

Gli AA. studiano l'argomento con la nota competenza in modo completo e con spirito chirurgico, facendo molto bene rilevare come le cosidette aderenze postoperatorie non sono causate dall'intervento, ma dalla *incompletezza* dell'intervento, che ha lasciato la lesione viscerale, causa vera delle aderenze. È poi trattata la questione delle periviscerite primarie, e della probabile loro natura (lues, t.b.c.), e speciale riguardo è stato rivolto alle lesioni appendico - cieco - coliche come agenti delle perivisceriti secondarie.

In modo succinto è trattata la sintomatologia, in cui, al pari che per alcune idee patogenetiche, c'è molto del personale, e certo non da tutti accettato.

Anche la completezza del trattamento di questa affezione, rende il lavoro interessante, e di utile lettura. R. GRASSO.

L. GERSON. *Les Varices*. Un vol. in-8°, di 123 pagg., con 34 fig. O. Doin, Paris, 1934. Prezzo 28 fr.

Il metodo sclerosante per la cura delle varici ha assunto da qualche anno una gran voga ed è forse applicato talvolta anche in casi poco adatti, in quanto che, accanto alle varici che possono essere sclerosate, ve ne sono altre che vanno rispettate. Lo studio dell'A. viene quindi a proposito. Egli delinea dapprima l'anatomia e la fisiologia normale e patologica addentrandosi poi particolarmente nell'esame clinico e diffondendosi sulla tecnica della sclerotizzazione, per cui l'A. è favorevole al salicilato di sodio. Dà alcuni cenni sulle tecniche coadiuvanti e sostitutive e tratta, da ultimo, la terapia delle complicazioni delle varici.

Tutto questo rientra nel campo d'azione del medico generico a cui il libro dell'A. riuscirà, quindi, particolarente utile. *fil.*

M. SILVAGNI. *Anatomia chirurgica del labirinto etmoidale. Tumori maligni dell'etmoide. Chirurgia per via esterna delle flogosi etmoidali.* (Relazione al XXX Congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia). Padova, settembre 1934.

Non deve essere stata poca la fatica del Silvagni per raccogliere, coordinare e mettere in giusta evidenza i lavori di tanti ricercatori sull'argomento trattato; e ne fa fede l'ampio indice bibliografico che chiude ogni capitolo. E lode ne va fatta perchè l'A. ha saputo arrivare a una esposizione che fila in modo semplice in cui i dati frammentari non divagano nè stancano mentre risaltano ben accennate, come le

ha volute l'A. le manchevolezze delle nostre conoscenze là dove ci sono. Questo deve essere il compito di una Relazione e qui è stato egregiamente eseguito.

Il contributo personale formato dal ricco materiale della Clinica di Roma illustra le direttive seguite.

L'argomento svolto esce, in molti punti, dalla stretta competenza specialistica per divenire di interesse anche del chirurgo generale: basta pensare ai tumori dell'etmoide, alle flogosi etmoidali. E bisogna essere grati al Silvagni che ci ha esposto con tanta chiarezza e competenza gli studi sulla anatomia chirurgica, sui tumori dell'etmoide, sulla flogosi.

Fautore nei tumori della resezione parziale che oggi tutti i chirurgi hanno sostituito a quella totale del mascellare, ci dice i risultati che la collaborazione con la radiumterapia può dare anche in questo campo, risultati che sono superati solo dalla diatermia chirurgica seguìta da radiumterapia, metodo che, secondo l'A., deve considerarsi di elezione per la cura dei tumori maligni.

Nella cura della flogosi acuta e di molte flogosi croniche ritiene da preferirsi la via esterna eseguita in modo da dominare tutto il labirinto etmoidale dando la preferenza alla tecnica di Lynch. VALDONI.

DISCUSSIONI IMPORTANTI

Discussione sulle complicazioni nervose delle febbri acute ed esantematiche.

Fu fatta alla Sezione di Neurologia e di Studi di malattie dei bambini della Reale Soc. di Medicina di Londra (*Proceed. of the Royal Soc. of Med.*, agosto 1934) dopo una relazione di J. D. Rolleston, basata su osservazioni raccolte durante gli ultimi 33 anni negli ospedali di Londra. L'O. si è intrattenuto sopratutto sulla *difterite*. Su 2300 casi di difterite egli vide 477 (20,7 %) casi di paralisi. Nella maggior parte dei casi si tratta di paresi più che di paralisi; nelle forme più lievi di paralisi del velo pendolo si può avere solo voce lievemente nasale e in quella lievissima oculare si possono avere pupille normali e normalmente reagenti all'accomodazione ma impossibilità di leggere caratteri piccoli.

Contrariamente all'opinione di Landouzy la paralisi è stata più frequente nei bambini che negli adulti.

In quanto al rapporto fra gravità della difterite e paralisi, egli notò 48,1 % di paralisi su 800 casi gravi, 13,6 % su 498 casi moderati e 2,4 % su 890 casi lievi di difterite.

La paralisi è più grave e più frequente nei casi in cui oltre alle fauci sono colpite da difterite pure le narici. Su 570 casi di difterite faringea e nasale insieme, 240 (42,1 %), di cui 133 gravi, ebbero paralisi, mentre le forme solo faringee o anche laringee diedero 14,1 % di paralisi. D'altra parte la paralisi è rarissima nelle difteriti solo nasali, o laringee o cutanee, senza lesione faringea.

Su 40 casi di recidive osservate in ospedale e curati subito con antitossina non ci fu nessun caso di paralisi, mentre quando la malattia non è stata riconosciuta o è stata trascurata e nei casi ambulatori come pure in quelli in cui il malato è stato poco a letto le paralisi sono molto più frequenti.

L'uso precoce del siero ha, secondo il Rolleston, notevole valore nel diminuire la frequenza e la gravità della paralisi

La paralisi del palato e quella cardiaca sono le sole che possano comparire nella prima quindicina e si dicono precoci. Esse sono associate generalmente a forme gravi di difterite.

La paralisi oculare non si manifesta mai prima della 3ª settimana, la paralisi del faringe raramente prima della 5ª settimana ed è spesso accompagnata da paralisi diaframmatica e, più raramente, degli abduttori e adduttori del laringe. Fra la 5ª e la 7ª settimana sono colpiti i muscoli del collo, e si possono avere paresi degli arti inferiori e del facciale. Rare sono le forme in cui sono colpiti gli sfinteri (ritenzione o incontinenza di feci e di urine). In questo periodo si possono avere anche forme sensoriali.

L'emiplegia difterica è rara e si differenzia dalle altre paralisi difteriche perchè essa è di origine vascolare (embolia). L'inizio è più frequente nella 2ª o 3ª settimana, quando il cuore è più fortemente colpito. La prognosi è buona per la vita, ma ne residua una paresi permanente sebbene siano descritti rarissimi casi in cui l'emiplegia scomparve in 24 ore.

Molto rara è l'encefalite, che può dare emiplegia doppia o atassia. Rara è pure la corea.

I riflessi tendinei sono spesso colpiti; si ha diminuzione del riflesso, specialmente di quello patellare, e la diminuzione, o anche la scomparsa, può durare parecchie settimane dopo passata la paralisi. Nel 19,6 % dei casi c'è il riflesso di Babinski, che è un segno presente solo nel periodo acuto della malattia e scompare in convalescenza.

Prognosi: generalmente la paralisi scompare completamente; la morte è eccezionale. Meno è piccolo il bambino, migliore è la prognosi.

Cura: la profilassi si fa coll'iniezione precoce di antitossina e col riposo in letto. L'A. non ha esperienza di cure coll'apparecchio respiratorio Drinker.

Nella *scarlattina* le complicazioni nervose sono la meningite sierosa, la meningite purulenta (da otite o, più raramente, da rinite), l'ascesso cerebrale o cerebellare, l'emiplegia, molto raramente le paralisi periferiche.

Nel *morbillo* ci possono essere mielite, sclerosi disseminata, corea e varie psicosi.

Nella *rosolia* sono state descritte eccezionalmente le neuriti periferiche, la paralisi di Landry, la meningite e l'encefalite.

Pure nella *varicella* le complicazioni nervose sono rare.

Nel *vaiolo* si possono avere encefalite, encefalomielite, mielite e neuriti periferiche.

Per quanto riguarda il *tifo*, i *paratifi*, si possono avere meningite, mielite, psicosi, le neuriti periferiche durante questa malattia sono per lo più neuriti alcooliche d'origine terapeutica.

Alla discussione parteciparono varî oratori W. G. Wyllie ha proposto di classificare le encefalopatie così: 1) encefalopatie caratterizzate da demielinazione; 2) encefalopatie tossiche; 3) encefalopatie di origine vascolare, emorragica, embolica o trombotica.

J. G. Greenfield si è soffermato a trattare della encefalomielite acuta disseminata o mielinoclasi acuta perivascolare quale complicanza del vaiolo, morbillo, influenza, varicella e rosolia, come pure delle emorragie del sistema nervoso che si possono avere nella pertosse e del meningismo e della trombosi dei seni.

Delle alterazioni nervose della pertosse si è occupato anche W. Gunn; delle paralisi difteriche I.. J. Laurent. E Stolkind ha parlato brevemente delle complicanze nervose dei paratifi, mentre Russell Brain e I. Purdon Martin hanno discusso la classificazione suindicata di Willie.

R. LUSENA.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Adunanza scientifica del 14 dicembre 1934.

Presidente: Prof. M. PINCHERLE.

Indagini di manometria endopleurica in 40 soggetti con versamenti di varia entità e natura.

E. AZZI. — L'O. espone e commenta le ricerche manometriche eseguite in 40 malati, di cui 32 affetti da pleurite essudativa e 8 portatori di idrotorace.

I dati, raccolti contemporaneamente nel cavo pleurico colpito e in quello sano, vengono considerati in funzione della quantità del versamento pleurico, della sua natura, età e disposizione.

Vengono inoltre segnalate le modificazioni pressorie rilevate durante la toracentesi e quelle provocate dall'introduzione parenterale di atropina e adrenalina.

Discussione: BOLLINI, FABI, PALMIERI, PINCHERLE.

Il metodo Röntgenterapico a breve distanza o di contatto secondo Chaoul.

G. G. PALMIERI. — Illustra le basi fisiche e tecniche del metodo, e i vantaggi che ne conseguono nella cura di forme neoplastiche superficiali o semiprofonde. Riferisce casi personali curati con questo metodo, fra cui uno con metastasi laterocervicali da cancro della lingua, recidivate dopo exeresi gangliare: esito provvisorio ottimo. Il metodo, ovviamente, deve essere impiegato con giusta indicazione.

Discussione: MAINOLDI.

Controlli clinici dell'azione antianemica dell'associazione triptofano-istidina nell'infanzia.

M. PINCHERLE e G. GELLI. — Dai risultati terapeutici ottenuti gli OO. ricavano che l'associazione triptofano-istidina per via parenterale migliora sensibilmente la crasi sanguigna in varie sindromi anemiche infantili (aumento dei globuli rossi e dell'emoglobina e dei reticolociti) nonchè lo stato della nutrizione e le condizioni generali.

Osservazioni sulla costituzione individuale di un gruppo di criptorchidi.

F. PAGLIANI e V. SABENA. — Dalle indagini costituzionalistiche condotte emergono alcuni dati notevoli in riguardo alla morfologia corporea dei soggetti esaminati e al genere e all'accumulo delle anomalie che questi individui presentano.

Discussione: PINCHERLE.

Tipo e frequenza delle alterazioni radiologicamente osservate in 100 casi di gastro-enterorragie.

V. BOLLINI. — L'O. illustra le sindromi radiologiche osservate a carico del tubo digerente in una centuria di soggetti che avevano presentato abbondanti ematemesi o melene: nella metà dei casi circa si trattava di ulcerazioni benigne o maligne dello stomaco o del duodeno; in percentuale minore di « sindromi aderenziali »; in 16 casi nessun indizio di lesioni radiologicamente constatabili.

Discussione: AZZI, PINCHERLE.

Ulteriore contributo allo studio del blocco degli ureteri in vasti tumori del collo dell'utero irradiati.

G. GALAVOTTI e G. PALTRINIERI. — Ai 4 casi precedentemente descritti, gli OO. ne aggiungono un quinto a conferma del concetto che il blocco ureterale in simili casi dipenda da una infiltrazione tumorale della parete degli ureteri nel tratto intravescicale oppure a varia altezza nel segmento pelvico di essi.

Discussione: AZZI.

Il Segretario: Prof. P. BENEDETTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Infarto miocardico senza dolore.

C. Papp (*Cuore e circolazione*, ottobre 1934) riferisce il caso di un uomo di 46 anni che ha presentato i segni di una rapida e progressiva insufficienza miocardica, di cui i primi segni rilevabili furono il ritmo di galoppo e l'alternanza al Pachon. Già in tale periodo, quando il cuore si presentava soltanto poco aumentato, le alterazioni elettrocardiografiche deponevano per una grave compromissione miocardica (segni di infarto cronico del tipo ventricolare sinistro che, in *assenza di sintomatologia anginosa anche minima*, non potevano essere valutati nel giusto significato. Venne pertanto posta la diagnosi di insufficienza miocardica primitiva, avvalorata dal decorso, con la fatale evoluzione del processo morboso, ribelle ad ogni cura.

Invece, l'esame necroscopico dimostrò come momento eziologico un processo di arteriosclerosi proliferativa del ramo discendente della coronaria sinistra che portò, con lenta evoluzione, all'obliterazione quasi completa del vaso.

La mancanza della sintomatologia precordiale si spiega con il lento decorso della malattia, che impiegò prababilmente degli anni prima di rendere l'arteria impermeabile. Il miocardio, sotto la lunga e lenta anossiemia, con i nervi distrutti dal processo di sclerosi, divenne insensibile a quegli stimoli che, in altre circostanze, danno luogo al dolore anginoso. La definitiva chiusura del vaso non era che la continuazione di un processo di lunga evoluzione a cui il miocardio si era venuto adattando nel senso del dolore.

L'A. riporta i casi analoghi della letteratura, insistendo sulla necessità di una precisa valutazione del reperto elettrocardiografico che, nel caso in esame, avrebbe permessa la diagnosi prima della morte. *fil.*

L'aritmia extrasistolica dei vecchi.

Spesso transitoria sul principio, sembra dipendere da disturbi digestivi, ma si fa in seguito permanente ed indica un'alterazione miocardica e si può trasformare, in seguito, in aritmia completa, con i periodi di accelerazione e di rallentamento.

Ad ogni modo, anche senza tali aggravamenti, non si deve misconoscere l'importanza di questo sintoma, specialmente se vi si associano dei fatti anginosi; i dolori possono avere la forma classica costrittiva, manifestandosi col camminare e cedendo col riposo. Oppure, si accompagnano a neuralgie intercostali, in forma di sofferenze sorde nell'intervallo delle crisi. Diffidare soprattutto del dolore che si risveglia vivo in occasione di uno sforzo, di un cammino rapido e contro vento; vi sono molte angine pectoris miste, in cui l'elemento funzionale si aggiunge alla lesione organica.

Le aritmie extrasistoliche, che durano da anni e non danno che dei malesseri vaghi, possono terminare bruscamente con una crisi di edema acuto polmonare. Il malato diceva: « il mio polso batte male, ma il medico mi ha rassicurato ». L'indomani il malato è morto.

Il trattamento, secondo C. F. (*Journ. des praticiens*, 15 dic. 1934), consiste essenzialmente nella prescrizione preventiva della digitalina alternata con la strofantina: 5 gocce della soluzione al 1/1000 della prima, per 5-6 giorni; sospensione per 2-3 giorni, durante i quali si prende a mezzogiorno ed alla sera un granulo da 1 mg. di estratto di strofantina; ripresa della digitalina e così di seguito; nei casi molto favorevoli, si potrà, tutt'al più, ridurre la digitalina a 3-4 giorni per settimana.

Spesso, dopo qualche settimana di trattamento, l'aritmia è scomparsa; ma specialmente se vi sono dolori precordiali, sarà prudente non abbandonare la cura. *fil.*

La stenosi mitrale con edema polmonare.

L'edema polmonare può presentarsi anche nella stenosi mitralica; tale complicazione è abbastanza frequente secondo L. Gallavardin (*Lyon médical*, 20 sett. 1934) e ne costituisce una vera forma clinica. Ne sono affette principalmente le donne; il ritmo cardiaco conserva la sua regolarità normale e l'aritmia è piuttosto rara. La dilatazione auricolare è spesso appena apprezzabile; non si osservano segni di iposistolia nè di stasi venosa.

L'edema polmonare può presentarsi in seguito ad uno sforzo: si hanno crisi dispnoiche con espettorato schiumoso e roseo caratteristico. Gli accessi si hanno spesso con un tempo freddo e durante il cammino; altre volte ne sono incriminabili i rapporti sessuali; oppure si manifestano durante la notte. Il decubito appare come un fattore predominante ed all'inizio della notte, si ha l'ansia con il corteo dei sintomi abituali.

I periodi mestruali esercitano un'influenza sfavorevole e le gravidanze sono mal tollerate.

L'efficacia del trattamento digitalico è discussa. Ad ogni modo, la cura deve esere soprattutto preventiva. Al minimo disturbo dispnoico, somministrare sistematicamente la digitalina (5 gocce per 4-6 giorni di seguito: sospensione per 3 e ripresa). Naturalmente si consiglierà vivamente di evitare ogni sforzo. *fil.*

Il fegato ed il ricambio idro-carbonato nei cardiopatici.

E. Melchionda (*Cuore e circolazione*, dic. 1934) ha studiato l'interessante problema in alcuni cardiopatici ed ha rilevato che, in essi,

il metabolismo dei carboidrati risulta alterato, specialmente nella fase resintetizzatrice dell'acido lattico e del glucosio. Si spiega, in tal modo, l'ipoglicemia dei cardiopatici e l'aumento dell'acido lattico nel sangue circolante.

Dal suo canto, tale iperlattacidemia aumenta la concentrazione ematica degli H-joni ed ostacola la glicogenosintesi, impedendo pure che il glucosio si combini con le proteine.

Il miocardio viene così ad impoverirsi delle riserve energetiche e l'effetto dell'alterazione del circolo diventa, a sua volta, causa di questa, costituendo un circolo vizioso.

Tali osservazioni hanno anche delle applicazioni pratiche, già delineate da ricerche precedenti. Risulta, cioè, che la dieta ricca di idrati di carbonio influenza favorevolmente le cardiopatie, mentre la terapia digitalica influenza, a sua volta, favorevolmente il ricambio degli idrati di carbonio nei cardiopatici.

Nessuna influenza esercita, invece, l'adrenalina. *fil.*

Nell'endocardite acuta.

H. Eppinger (*Klinische Wochensch.*, 1934, n. 32) ha ottenuto buoni risultati con l'uso del piramidone, che somministra in quantità di g. 1,5 a 3 al giorno, nei malati con febbre alta. La prima azione del rimedio è quella di abbassare la temperatura. Ma se, caduta la febbre, lo si continua a somministrare alle stesse dosi, per settimane od anche mesi, ci si convince che esso non agisce soltanto sintomaticamente eliminando i disturbi subbiettivi del paziente, ma induce altresì delle modificazioni obbiettive, specialmente l'aumento nel numero delle emazie, quando vi è anemia, la diminuzione dei leucociti ed il miglioramento nella velocità di sedimentazione delle emazie. Quando tali miglioramenti sono manifesti, si abbasseranno le dosi.

L'A. spiega l'effetto del piramidone con la sua azione ostacolante sulla fuoriuscita del plasma. *fil.*

La claudicazione intermittente.

La così detta « claudicazione intermittente » è un sintoma di un disturbo vascolare periferico e non va considerata come una diagnosi; alla base di tale condizione, sta un elemento neurocircolatorio, probabilmente localizzato nel simpatico. L'ipertonicità muscolare ed il disturbo neurocircolatorio creano un circolo vizioso.

Alcuni ritengono che lo spasmo muscolare sia in rapporto con una deficienza di calcio.

Risultato di uno spasmo muscolare, la claudicazione intermittente può svilupparsi in varie malattie vascolari arteriose, come nell'arteriosclerosi, nella tromboangeite obliterante, nelle malattie traumatiche delle arterie, aneurismi, arteriti sifilitiche, periarterite nodosa, arteriti acute.

Particolare importanza può assumere la claudicazione intermittente per essere un segno precoce di minacciante gangrena, che può venire impedita o ritardata mediante un adatto trattamento.

Alcuni fattori possono contribuire alla claudicazione intermittente, come l'abuso di condimenti, di esercizio, i traumi, le infezioni, la esposizione al freddo e soprattutto la nicotina. Molti dei pazienti affetti da claudicazione intermittente sono sfrenati fumatori.

Non bisogna dimenticare che spesso si tratta di errori di diagnosi scambiando per claudicazione intermittente il piede piatto, le neuriti, il reumatismo muscolare, la gotta, le vene varicose, la periostite.

Si osservi se il sintoma è uni- o bilaterale, se si avverte il battito della dorsale del piede; importanti sono le osservazioni oscillometriche.

Spesso il paziente può anche camminare per un poco ed è anzi utile il frequente cambiamento di posizione. Utile, per la diagnosi, è anche la radiografia.

Fra le misure terapeutiche, vanno menzionate: la sospensione del tabacco in ogni forma, l'ingestione di grandi quantità di liquido (acque alcaline), il forno elettrico e la diatermia al simpatico lombare. Utili sono gli esercizi posturali raccomandati da Bürger, Allen ed altri. Consigliabile in vari casi è il salicilato di sodio e teobromina. Sono molto raccomandate le iniezioni endovenose di soluzione fisiologica.

(*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1 sett. 1934). *fil.*

L'operazione di Matas di fronte all'arteriografia.

Reynaldo dos Santos (*Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, n. 15, 12 maggio 1934) comunica 4 casi di aneurismi arteriosi (2 della poplitea, 1 dell'ischiatica, e 1 dell'ileo-femorale) trattati con l'operazione di Matas (endoaneurismorafia) e in cui ha ottenuto ottimi risultati, controllati con l'arteriografia.

L'A. perciò si dichiara entusiasta del metodo usato che preferisce agli altri (legature vasali, estirpazione del sacco aneurismatico) di cui mette in evidenza gli svantaggi e i pericoli.

G. GENTILE.

La cura dei tumori dei vasi sanguigni e linfatici.

Gerlach (*Bruns' Beit.*, v. 159, 1934) raccoglie i casi di emo e linfangiomi trattati dal 1918 al 1933 nella Clinica chirurgica di Rostock.

71 emangiomi e 12 linfangiomi furono trattati in parte operatoriamente, in parte con la radiumterapia, in parte con il magnesio. Dall'esame di 51 malati che si sono ripresentati a distanza di tempo l'A. ha potuto trarre le seguenti conclusioni:

La tendenza alle recidive è minima sia dopo

trattamento chirurgico che col radium; ma questo secondo dà dei risultati cosmetici molto peggiori dell'operazione, il che ha grande importanza perchè questi tumori colpiscono con gran frequenza il volto.

Particolarmente efficace, sia per la mancanza di recidive, sia per il risultato cosmetico è il trattamento col magnesio. L'azione del magnesio, studiata sperimentalmente dall'A., consiste nella produzione di un tessuto di cicatrice nei pressi del metallo innestato, probabilmente secondaria alla disidratazione che il metallo determina. P. STEFANINI.

SEMEIOTICA.

La percussione del torace.

H. v. Putkovszky (*Wiener Archiv. f. inn. Med.*, vol. 26, n. 1, dic. 1934) studia le basi fisiche e teoretiche della percussione del torace e conclude che il metodo migliore è quello di premere sulla parete toracica la sola falange distale del dito, percuotendo subito sotto l'unghia ed alzando, subito dopo il colpo, che deve essere breve, il martello, ed anche contemporaneamente il dito che fa da plessimetro, per impedire che questo ostacoli le vibrazioni toraciche.

I metodi di percussione, egli aggiunge, non devono tener conto tanto delle osservazioni empiriche, ma basarsi essenzialmente sulle leggi fisiche e sullo stato anatomico delle pareti sottostanti. *fil.*

NOTE DI DIETETICA.

Le frutta nel regime dei diabetici.

Le frutta possono avere notevole importanza nel regime del diabetico. Cosa essenziale per la loro scelta è la conoscenza del contenuto in glucidi (glucosio e fruttosio). Evidentemente vanno esclusi quelli a troppo alto contenuto come fichi secchi, uva passa e datteri, che ne contengono rispettivamente il 63, 71 e 74 %. Gli altri, salvo le banane che ne contengono il 22 %, sono tutti sotto al 20 %.

In ordine progressivo abbiamo: fragole ed olive (9 %); limoni (10 %); mandarini (11 %); aranci, nocciuole secche (12 %); mandorle, lamponi, ribes (13 %); albicocche (14 %); pesche, pere, mele (15 %); ciliege (17 %); prugne (18 %); uva fresca, fichi freschi (19 %).

Tutte le frutta vanno consumate fresche e non troppo mature. Possono anche farsi cuocere, specialmente in parecchie acque; in tal modo, perdono grande quantità di zucchero ed anche il sapore; si possono allora rendere più gradite, aggiungenovi una piccola quantità della soluzione seguente: saccarina cg. 5; bicarbonato di sodio cg. 10; glicerina g. 10; acqua q. b. per cmc. 150.

In generale, si possono permettere con una certa moderazione dei mandarini, degli aranci, le albicocche, le pesche, le pere, le mele; maggiore riserva per le prugne, le ciliege, l'uva fresca ed i fichi freschi.

Alcuni contengono dei lipidi, che sono molto utili: le olive, le nocciuole, le noci.

Oltre al valore nutritivo, le frutta hanno anche valore lassativo, il che costituisce un gran vantaggio dato il pericolo che rappresenta la costipazione nel diabetico. Per la grande quantità di acqua contenuta, le frutta diminuiscono quella che il diabetico sente il bisogno di ingerire con le bevande.

Grande vantaggio si ha, col consumo delle frutta, per l'introduzione di vitamine e per il fatto che gli acidi organici in esse contenuti bruciando nell'organismo producono delle ceneri alcaline, il che è utile per combattere l'acidosi.

Somministrate con una giusta misura, le frutta sono quindi di grande utilità nel regime del diabetico.

(*Journ. des praticiens*, 13 ott. 1934). *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

La crisi di imidazoli nel periodo critico di certe malattie.

M. Loeper, M. Perrault e P. Bioy (*Presse Médicale*, 8 dic. 1934, n. 98) hanno constatato che gli imidazoli, sostanze assai vicine all'istamina, aumentano nel sangue e nelle urine non solo nel corso di certe affezioni intestinali, nelle quali possono essere la causa di disturbi neuro-vascolari, ma anche in varie malattie, onde la loro produzione avviene non solo nell'intestino ma anche nei tessuti.

L'aumento degli imidazoli è stato riscontrato nelle asistolie, nelle infezioni febbrili, infiammatorie, nell'uremia ecc.; e nel corso della malattia se ne possono trovare nel siero da 18 a 26 milligr. Quando il rene è sano l'eliminazione è proporzionale alla loro abbondanza nel sangue: le cifre urinarie variano dai 60 agli 80 milligr. Il rapporto fra tasso nel siero e tasso urinario è di 1/5: se il rene è insufficiente il rapporto si abbassa ad 1/3, 1/2 ed anche 2/1, e gli imidazoli si accumulano nei tessuti.

Nelle crisi urinarie che si osservano nel corso di scompensi cardiaci con stasi, nelle malattie infettive, infiammatorie, ecc. possono aver luogo vari disturbi: dilatazioni vascolari, cefalee, raffreddamenti critici ecc., e gli AA. avanzano l'ipotesi che siano provocati dalla mobilizzazione nel circolo di imidazoli accumulati nei tessuti, e concludono che alla fine di certe malattie esiste una crisi di imidazoli come una crisi di urea, di cloruri e di altre sostanze, che questa crisi dipende spesso dal riassorbimento di essudati e che spesso l'eliminazione urinaria è preceduta da un aumento passeggero di imidazoli nel sangue, come è spesso preceduta da una fugace azotemia precritica. E. ZITO.

POSTA DEGLI ABBONATI

Instillazioni endovescicali di olio gomenolato. — Al dott. A. R. (abbonato n. 9543) da C.

Una delle cure delle cistiti tubercolari consiste nella istillazione di 10 cm^3 di olio gomenolato al 10 % da praticarsi a giorni alterni, mediante schizzetto uretrale e piccola sonda di Nélaton.

Procedendo con cautela questa manovra non può riuscire pericolosa: occorre invece stabilire se la cistite non riconosca un'origine mista (cultura!). In tal caso giovano piccole lavande con ossicianuro di mercurio 1:5000 o nitrato di argento 0.5 ‰, o H_2O_2 a 1/3. Per mitigare i dolori si può associare 10 cm^3 di novocaina 1 %.

Ogni manovra di forza dev'essere bandita.

La cistoscopia è delicata ad eseguirsi: ma talora permette la localizzazione delle ulcere e la loro folgorazione. Questa pratica conduce talora a guarigione.

Purtroppo la cistite tubercolare guarisce nella metà dei casi solamente: in altri migliora: in alcuni persiste sempre.

Infine bisogna sempre pensare alla possibilità di una tubercolosi del rene superstite.

ER. MINGAZZINI.

FORMULARIO.

Nella forfora grassa.

G. Lévy consiglia:

Olio di cade	g. 10
Solfo precipitato	g. 1
Lanolina	
Vaselina	ana g. 10

Ungere, la sera, riga per riga.

Al mattino, togliere la pomata con bioccoli di cotone imbevuti di Liquore di Hoffmann.

Due volte la settimana, lozione con

Alcoolato di lavanda	g. 20
Acetone anidro	
Acqua dist.	ana g. 30
Nitrato di potassio	g. 0,50
Alcool a 90, q.b. per cmc. 300	

La lozione deve durare alcuni minuti.

Una volta la settimana, saponata del cuoio capelluto.

VARIA

Effetti dei rumori sul lavoro.

Il prof. F. C. Bartlett, direttore del Laboratorio psicologico dell'Università di Cambridge (Inghilterra), ha tenuto su questo tema una conferenza, nell'Istituto nazionale di psicologia industriale di Londra, sotto gli auspici della « Lega contro i rumori » presieduta da Lord Harder. L'oratore ha rilevato che, tra i molti generi di suoni, i più sgradevoli sono quelli irregolari, insueti, inattesi e di cui non si sa precisare la direzione. I rumori, anche se forti, non danneggiano l'udito, salvo casi speciali (come accade per gli operai addetti alla fabbricazione delle caldaie: sembra indubitato che in tali casi possono prodursi infiammazioni dell'orecchio medio e sordastreria o sordità). I rumori molesti causano, però, altri danni; perturbano l'attività psichica, riducono il rendimento lavorativo (come risulta da accertamenti rigorosi), inoltre ostacolano la percezione di suoni più importanti per l'individuo, come la conversazione; rendono meno riparatore il sonno; determinano stati d'irritazione; per questi motivi il rumorismo va considerato come un vero nemico dell'umanità.

(« Ann. d'Ig. » Allegato). G. T.

Il caffè come bevanda e come sorgente di altri prodotti.

C. Fontoura (*Journal de Pharmacie et de Chimie*, 16 apr. 1934) espone il modo col quale, all'Istituto « Medicamenta » di S. Paolo, si ricava la caffeina dalle fuliggini di caffè che si raccolgono nelle tubazioni delle macchine torrefattrici: si tratta d'una semplice sublimazione a temperature comprese fra 80° e 140° C. Il prodotto grezzo ottenuto viene poi sciolto in acqua bollente, la soluzione si filtra e si decolora con carbone animale; col riposo cristallizza l'alcaloide, che viene raccolto ed essiccato nel vuoto.

L'A., inoltre, accenna alla possibilità di ottenere dal caffè svariati... sottoprodotti: dalla polpa dei frutti uno sciroppo; per fermentazione della polpa stessa, alcool; dai semi, caffeina ed una sostanza colorante, « clorogenato », utile per rendere omogeneo il colore del caffè; dai fondi di caffè, per distillazione secca, acido caffeico, acetone, alcool metilico, catrame ecc.

Oltre all'azione nota della caffeina, l'A. ricorda che l'infuso di caffè, in dosi normali, ha azione regolatrice sull'intestino e sulla secrezione gastrica. Durante la torrefazione si formano varie sostanze ancora poco note, che dovrebbero esaltare l'azione dell'alcaloide principale (i caffè decaffeinati hanno il potere di accelerare la respirazione) e altri prodotti, specialmente volatili, come l'ac. furfurico (ad azione antagonista).

L'A. crede che i caffè decaffeinati diano un infuso di gusto più gradevole e meglio tollerato perchè, essendo stati sottoposti a processi di lavaggio, anche a caldo, sono stati privati delle parti estranee aderenti al seme.

(« Ann. d'Ig. » Allegato). R. AIROLDI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

F. M. DONINI. *Per una integrale applicazione della lotta antitubercolare nell'ambito dell'ospedale Psichiatrico di Pesaro.* — Arti Grafiche Federici, Pesaro, 1934.

P. TIMPANO. *La velocità di sedimentazione dei globuli rossi, la resistenza globulare ed il tempo di coagulazione del sangue degli anchilostomiasici.* — Stamperia Moderna Roma, 1934.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Nuove provvidenze legislative nel campo sanitario.

Nell'ultima seduta del Consiglio dei Ministri sono state adottate molte provvidenze d'ordine sanitario.

Su proposta del Capo del Governo, ministro dell'Interno:

1) Uno schema di provvedimento legislativo concernente la *nuova disciplina giuridica delle professioni sanitarie.*

Il provvedimento — ispirandosi ai criteri che hanno già informato il riordinamento delle professioni forensi — reca alcune modificazioni sostanziali all'attuale ordinamento delle professioni sanitarie, allo scopo di renderlo più aderente agli sviluppi assunti dalle organizzazioni sindacali.

In particolare, le linee del provvedimento si concretano nella:

a) soppressione degli Ordini provinciali sanitari e attribuzione delle funzioni inerenti alla custodia degli albi e alla disciplina degli iscritti, ai rispettivi direttori dei Sindacati fascisti provinciali di categoria;

b) istituzione, presso il Ministero dell'Interno, di una Commissione centrale, con funzioni giurisdizionali, per decidere sulle impugnative avverso i provvedimenti dei direttori dei Sindacati;

c) costituzione dell'albo delle levatrici con l'obbligo della iscrizione nell'albo stesso per l'esercizio della relativa professione.

2) Uno schema di regolamento per la applicazione delle disposizioni relative alla disciplina degli *impianti di radiologia e radiumterapia.*

3) Uno schema di decreto recante modificazioni alla pianta organica del *personale sanitario degli Istituti fisioterapici ospedalieri di Roma.*

4) Uno schema di decreto recante norme per l'applicazione dell'art. 115 del T. U. delle leggi sanitarie.

5) Uno schema di regolamento per *l'applicazione delle norme volte a diminuire le cause della malaria.*

La tutela dei lavoratori, dei coloni e della popolazione residente in zona malarica, affermata con la legge 22 giugno 1933, n. 851, viene ora disciplinata in ogni dettaglio; particolarmente vengono determinati i compiti ed i doveri degli Enti tenuti ad attendere alla profilassi ed all'assistenza sanitaria antimalarica; vengono precisate le varie forme di provvidenza a beneficio dei lavoratori e le modalità secondo le quali esse devono essere prestate; vengono date norme precise circa i minori lavori di risanamento del suolo nelle vicinanze degli abitati urbani e rurali, e circa la profilassi antianofelica della malaria; infine si determinano gli accertamenti da eseguirsi nel caso abbia a verificarsi il doloroso evento di morte per malaria perniciosa.

Il provvedimento mira ad assicurare la completa e più larga opera di difesa antimalarica dei lavoratori, condizione questa essenziale per l'attuazione del grandioso programma di bonifica integrale dei territori paludosi e di quelli improduttivi.

Su proposta del ministro dell'Educazione Nazionale:

Uno schema di disegno di legge concernente la concessione alla R. Università di Roma, per il funzionamento della *R. Clinica delle malattie tropicali e subtropicali*, di un contributo di lire 40.000 da prelevarsi dai bilanci delle quattro Colonie africane.

Cronaca del movimento professionale.

La Federazione Stomatologica sciolta.

Nella assemblea straordinaria del 10 nov. della Federazione Stomatologica Italiana è stato approvato il seguente ordine del giorno presentato dal prof. on. Perna: « I soci della Federazione Stomatologica Italiana, riuniti, a norma dell'art. 12 dello statuto, in assemblea straordinaria, udite le dichiarazioni del presidente prof. Lippo, stabiliscono di sciogliere la loro fiorente associazione. Questa loro deliberazione, mentre ha lo scopo di accelerare e facilitare la costituzione di un'unica associazione nazionale aderente ai Sindacato fascista dei medici, vuole sopratutto significare l'obbedienza pronta, senza discussioni, dei capi della Federazione Stomatologica Italiana, alla volontà delle gerarchie ».

Nel Sindacato medico di Chieti.

Dopo circa un anno di gestione straordinaria, durante la quale sono stati organizzati gli uffici e l'amministrazione e si è ottenuta la libera iscrizione di quasi tutti gli esercenti in provincia di Chieti, il prof. dott. Giulio Cozzoli, commissario ministeriale del Sindacato medico, ha rassegnato le dimissioni per esigenze professionali.

Nell'accoglierle con vivo rammarico, il presidente dell'Unione provinciale dei Sindacati fascisti professionisti ed artisti, si è molto compiaciuto con il prof. Cozzoli per la incessante, fervida ed appassionata operosità dimostrata e per aver potenziato con fermezza e prestigio, il Sindacato.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARI. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Sono revocati i concorsi a direttore del consorzio e del Dispens. antituberc. prov. di Bari e ad aiuto medico del Dispensario predetto.

COSENZA. *Ospedale Civile e Casa di Maternità.* — Concorso per un posto di aiuto. Stipendio annuo nette L. 2122, oltre percentuale sugli atti operativi. Documenti di rito. Scadenza 15 febbraio 1935-XIII.

FANO (*Pesaro*). *Congregazione di Carità.* — Concorso per titoli, al posto di medico primario del Civico Ospedale S. Croce. Stipendio L. 7200. Servizio attivo L. 610. Caro-viveri come per gli altri

impiegati dell'Ente. Compartecipazioni. Il tutto al lordo delle ritenute di legge. Scadenza 5 febbraio 1935-XIII.

FORLÌ. *Congregazione di Carità.* — Al 15 marzo, ore 18, concorso, per titoli, al posto di direttore sanitario e medico primario dell'Ospedale G. B. Morgagni; stipendi L. 3.000 come direttore e lire 12.000 come primario, lorde; compartecipaz. 50 %; età limite 45 anni. Per le altre condizioni chiedere annunzio alla Segreteria.

GENOVA. *Istituto di Studi Scientifico-Pratici sulla tubercolosi.* — È aperto un concorso per 10 posti di assistente volontario presso l'Istituto di Studi Scientifico-Pratici sulla Tubercolosi in Genova. Il concorso viene fatto per titoli. I nominati hanno diritto: 1) di far pratica clinica e di laboratorio nei Reparti dell'Istituto specie in quello di Accertamento, Assistenziale-Curativo e Profilattico; 2) di prestare servizio nella Scuola di Perfezionamento in clinica tubercolare diretta dal prof. E. Maragliano coadiuvato dal prof. Sivori; 3) di lavorare nei laboratori dell'Istituto Maragliano, gentilmente concessi. Alla fine dell'anno verrà conferito un certificato comprovante la frequenza ed il profitto ricavato dalla pratica fatta. Non è attribuito alcun assegno ai nominati i quali non sono tenuti, peraltro, a pagare nessuna tassa per nessun titolo. Le domande relative, corredate dai documenti dei titoli, devono essere indirizzate alla Segreteria dell'Istituto in via Balilla 1, non più tardi del 15 febbraio 1935-XIII. I nominati dovranno prestare servizio dal 1° marzo 1935-XIII.

LIVORNO. *Spedale « Costanzo Ciano ».* — Scad. 18 febbr.; concorso per titoli ed eventualm. esami a primario della Sezione ostetr.-ginecol.; L. 5280, compartecipaz. 50 e 75 % c.-v. Età limite 40-50 anni s. e. r. Chiedere annunzio.

MODENA. *Istituto Provinciale di S. Filippo.* — Scad. 28 marzo; sanitario; L. 1200 annue e c.-v.; trattenute e riduzioni di legge; indennità carica L. 1000 lorde; età 21-32 anni s. e. r.; diploma di laurea in medicina e chirurgia; attestato di abilitazione all'esercizio della professione; tassa concorso L. 50,20. Domanda e documenti all'Amministrazione Provinc.

NOVARA. *Ospedale Psichiatrico Prov.* — A tutto il 4 aprile, medico direttore. Rivolgersi alla Segreteria generale dell'Amministrazione.

ORTE (*Viterbo*). *Ospedali Uniti.* — Concorso per titoli al posto del Chirurgo Direttore degli Ospedali Uniti. Al posto è assegnato lo stipendio di L. 18.000 con decorrenza dalla effettiva assunzione del servizio, soggetto a tutte le ritenute di legge ed è aumentabile di un decimo per ogni quadriennio e non più di quattro quadrienni, calcolati sempre sullo stipendio base. L'eletto avrà inoltre diritto al 50 % degli onorari sulle prestazioni operatorie sia all'Ospedale che all'Ambulatorio, in base alla tariffa che determinerà l'Amministrazione Ospedaliera d'accordo con il Sindacato Medico Fascista. Le domande, in carta da bollo da L. 3, accompagnate dai prescritti documenti l'elenco dei quali con tutte le rispettive formalità e le altre modalità e doveri per obblighi circa le cure gratuite ai poveri e ad altri, possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria dell'Ente, alla quale Segreteria presso gli Ospedali Uniti di Orte dette domande debbono pervenire non oltre le ore dodici del 30 marzo 1935.

PALERMO. *Albergo dei Poveri.* — Scad. 28 febbr.; medico dirigente; titoli ed esami; L. 4000. Rivolgersi alla Segreteria dell'Amministraz.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Concorso, per titoli ed esami, a 35 posti di tenente in serv. perman. effettivo nel Corpo Sanitario Militare (ruolo ufficiali medici) del R. Esercito. Età limite 32 anni al 1° dic. Scad. 6 marzo. V. « Gazz. Uff. » N. 4 del 5 genn. 1935.

ROMA. *Istituto Nazion. Fascista della Previdenza Sociale.* — Il concorso a 60 posti di medico assistente presso gli Ospedali sanatoriali dell'Istituto è prorogato al 15 febbraio; i documenti a validità temporanea, allegati alle domande presentate oltre il 31 dicembre, dovranno essere di data non anteriore al 15 novembre. Chiedere annunzio alla sede centrale, via Minghetti 22, Roma.

TORTONA (*Alessandria*). *Congregazione di Carità.* — Assistente di chirurgia nell'Ospedale Civile. L. 3500 annue lorde, da dedurre del 12 %; c.-v.; compartecipazione del 20 % e del 5 %, da dedurre del 12 %, rispettivamente sui proventi dell'Ambulatorio e della Sezione Chirurgica, per cure agli abbienti. Età limite anni 30. Rivolgersi alla Segreteria. Scadenza 10 marzo.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Aiuto nella Divisione Pediatrica Umberto I; L. 4800, oltre il vitto e alloggio nel Reparto. Età limite anni 35. Scadenza 15 febbraio.

VERONA. *Istituti Ospitalieri.* — Direttore generale sanitario; proroga al 31 gennaio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

A succedere nella direzione della Clinica ostetrico-ginecologica già tenuta dal compianto prof. sen. Ernesto Pestalozza, è stato unanimamente chiamato, dalla Facoltà medica di Roma, uno dei più insigni allievi dello scomparso, il prof. Paolo Gaifami, attuale direttore della Clinica ostetrico-ginecologica di Bari. Del prof. Gaifami daremo un cenno biografico in uno dei prossimi numeri.

Il prof. Camillo Ninni ha assunto, in esito a concorso, la direzione del Laboratorio batteriologico degli Ospedali Riuniti di Napoli.

Il prof. Ambrogio Cecchini, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, è nominato direttore del Sanatorio popolare femminile di Ornago, al posto del prof. Giulio Banfi, il quale ha rassegnato le dimissioni per motivi di salute. Il Sanatorio venne fondato dal Banfi nel 1910 con l'aiuto finanziario dei marchesi d'Adda, del principe e della principessa Trivulzio e del conte Febo Borromeo.

Il dott. Pietro D'Alessandro è nominato direttore sanitario del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Agrigento e direttore del Dispensario provinciale, in esito a concorso da cui è risultato primo su otto concorrenti.

L'avv. gr. uff. Michelangelo Tancredi è nominato presidente del Comitato Provinciale di Napoli della C. R. I. in sostituzione del duca di Presenzano, dimissionario.

Alla Società Lombarda di Chirurgia, per la nomina del nuovo Ufficio di presidenza, i numerosi soci intervenuti hanno rieletto il prof. Mario Do-

nati, direttore della Clinica chirurgica dell'Università.

L'Ufficio di presidenza è stato poi così composto: prof. Fedele Fedeli, vice-presidente; proff. Girolamo Bagozzi, Giov. Battista Lasio, Stefano Lussana, Giuseppe Solaro, consiglieri; prof. Enrico Ettorre, segretario generale; dott. Giuseppe Rotolo, vice-segretario; prof. Giuseppe Nogara, cassiere.

Il prof. Prassitele Piccinini di Milano è nominato membro della Società di idrologia e climatologia di Parigi e socio corrispondente straniero dell'Associazione della Stampa Medica Belga.

La Commissione nominata dal Consiglio delle Ricerche per l'esame dei titoli presentati dai concorrenti ai premi « Lepetit » per tesi di laurea in medicina dell'anno accademico 1932-33 — composta dei proff. Frugoni, presidente; Valenti e Vanzetti, membri — esaminate le ventitrè tesi presentate dai giovani concorrenti, ha assegnato dieci premi da lire 1500 ciascuno ai neo-laureati Enrico Aglesio (Torino), Alberto Di Nepi (Roma), Alberto Donnini (Firenze), Costantino Jandolo (Napoli), Mario Linzi (Modena), Edmondo Malan (Torino), Virgilio Martini (Genova), Giuseppe Moruzzi (Parma), Gualtiero Mulazzi (Milano), Marcello Peperi (Milano) e cinque premi da L. 1000 ciascuno ai neo-laureati Gino Bonezzi (Pavia), Fulvio Concetti (Firenze), Gian Enrico Dolfin (Pavia), Valerio Claudio Malaguzzi (Padova), Giuseppe Tognolo (Pisa).

La dott.a Paulina Satanowsky è nominata professore titolare di clinica oftalmologica all'Università di Buenos Aires.

Il prof. Kurt Felix, di medicina interna a Monaco, è chiamato quale ordinario a Francoforte s. M.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatori: proff. Vittorio Aducco, di fisiologia a Pisa; Gaetano Lodato, di Clinica oculistica a Palermo; Giuseppe Moriani, di Medicina legale a Bologna; Mario Ponzo, di Psicologia sperimentale a Roma.

Ufficiali: proff. Francesco Purpura, di Patologia chirurgica a Palermo; Pietro Sisto, di Clinica medica a Modena; Gino Meldolesi, l. d. di Patologia medica a Roma.

NOTIZIE DIVERSE.

10° Congresso internazionale di storia della medicina.

Sotto la presidenza del sen. prof. D. Giordano si è riunito a Parigi, presso la Facoltà di Medicina, il Comitato Direttivo della « Società Internazionale di Storia della Medicina », allo scopo specialmente di fissare quanto si riferisce al Congresso da tenersi a Madrid.

Dopo la commemorazione del compianto prof. Bilancioni, il segretario generale prof. Laignel-Lavastine giustifica l'assenza di alcuni Delegati a motivo di restrizioni imposte dai diversi Paesi al passaggio delle rispettive frontiere.

Dal dott. Gomoiu, assente per malattia, si ha notizia che sono quasi ultimati e stanno per pubblicarsi, gli Atti del Congresso Internazionale di Bucarest. Tricot-Royer riferisce sul Congresso di Storia delle Scienze tenutosi lo scorso anno in Portogallo.

Il prof. Gregorio Marañon, venuto espressamente da Madrid, riferisce sulla promettente preparazione del X Congresso Internazionale di Storia della Medicina, che — come abbiamo annunziato — si terrà dal 23 al 29 settembre 1935, sotto la presidenza onoraria del Presidente della Repubblica Spagnola e di cui sono già nominati i relatori per i temi: 1) La medicina araba in Spagna; 2) La medicina in America durante la sua scoperta e colonizzazione; 3) Il folklore medico nei paesi civili.

Il Governo Italiano ha dato adesione ufficiale al Congresso. Per ulteriori informazioni, rivolgersi al segretario generale del Congresso Internazionale di Storia della Medicina, prof. Francesco Oliver, Palacio de la Academia de Medicina, Calle de Arrieta 12, Madrid.

2° Congresso internazionale di stomatologia.

Questo Congresso, posto sotto l'alto Patronato di Sua Maestà il Re d'Italia e la presidenza onoraria di S. E. Benito Mussolini, si svolgerà dal 14 al 19 aprile in Bologna.

All'inaugurazione (Archiginnasio) verrà trattato il tema: « Stomatologia profilattica e sociale in rapporto alla patologia infantile ». A sezioni riunite si discuteranno i temi: « Problemi didattici di stomatologia »; « Le osteiti di origine dentale »; « Il problema clinico del granuloma apicale »; « La previdenza individuale e collettiva nella cura delle malattie dei denti »; « L'indirizzo biologico nella terapia ortodontica »; « I fattori costituzionali nella eziologia e terapia delle malattie del paradenzio »; « I problemi della diagnosi radiologica dentaria »; « Direttive per le future ricerche sulla sepsi orale ». Gli altri lavori verranno ripartiti in sezioni. Al Congresso sarà unita una grande Mostra. Sono in programma gite alle città italiane.

Il Comitato organizzatore ha sede in via San Vitale 59, Bologna; è così costituito: presidente il prof. A. Beretta; vice-presidente il prof. C. Cavina; segretario il prof. A. Brunetti.

48° Congresso francese di oftalmologia.

La Società francese di oftalmologia si adunerà dal 13 al 16 maggio a Parigi, nella « Maison de la Chimie » (rue St. Dominique 28).

Verrà presentata una relazione sull'estrazione della cataratta, dal dott. de Saint-Martin (di To-

losa). Due sedute speciali saranno destinate al distacco della retina ed alla fotografia del fondo dell'occhio. Durante il congresso verrà organizzata un'esposizione di strumenti. Le sedute operatorie si terranno negli ospedali. È in programma una gita a Mantenon; seguirà un banchetto a Versaglia. Dirigersi al segretario generale, Dr. René Onfray, avenue de la Motte-Piquet 6, Paris VIIe.

Riunione scientifica per lo studio e la cura dei tumori.

Il 19 gennaio, nell'aula del R. Istituto « Regina Elena » per lo studio e la cura dei tumori in Roma, è stata tenuta una riunione scientifica sulle onde corte nella terapia dei tumori.

La grande aula era gremita di eletto pubblico, tra cui figuravano molte personalità e notabilità.

Il gr. uff. Messea ha presentato i conferenzieri, che furono i proff. Jacques Auclair e Andrée Halphen della Fondazione Rotschild di Parigi e Pietro Cignolini, radiologo nella R. Clinica Medica di Genova, il quale fu anche latore di un messaggio dell'on. prof. Pende.

Alla fine della riunione il sen. prof. Raffaele Bastianelli, direttore dell'Istituto, ha porto sentite parole di ringraziamento ai valorosi oratori.

All'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.

Come abbiamo annunziato, il 6 corrente, nella sua sede nel Palazzo di Brera, ebbe luogo la solenne adunanza inaugurale del R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere con l'intervento di S. E. il Prefetto e delle principali autorità milanesi.

In quella seduta il presidente on. Solmi, sottosegretario all'Educazione Naz., ha fatto la relazione sull'opera svolta dall'Istituto, annunciando imminente la pubblicazione del nuovo Statuto, e mettendo in luce la rispondenza continua dell'Istituto con la vita nazionale. Ha anche accennato al complesso dei premi distribuiti il giorno prima pel valore di oltre centomila lire, ed ha fatto presente la nuova fondazione Piva per un lavoro di biologia e il dono di 25.000 lire annue per dieci anni, da parte dell'Istituto Sieroterapico Milanese, nell'occasione del 40° anniversario della fondazione dell'Ente e della nomina a senatore del suo fondatore e direttore, prof. Serafino Belfanti, destinato a rendere possibile la continuazione della pubblicazione dei 46 volumi di Memorie accademiche.

Ha tenuto un discorso il prefetto della Biblioteca Ambrosiana, monsignor Galbiati.

La seduta si è chiusa colla distribuzione dei premi ai vincitori dei concorsi giudicati dall'Istituto.

Federazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi.

Si è riunito in Roma il Consiglio Direttivo della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, sotto la presidenza dell'on. prof. R. Paolucci.

Udita la relazione finanziaria, veniva approvato ad unanimità un voto di plauso al segretario generale prof. Bocchetti.

Questi espose poi i risultati magnifici della IV Campagna Nazionale Antitubercolare, celebrata per la prima volta in unione con la Croce Rossa Italiana, e che ha reso la somma di circa quattordici milioni di lire. Illustrò la proposta di una Campagna per la « I^a^ Settimana Nazionale della Diagnosi Precoce », con la quale si dovrà interessare il pubblico alla necessità della diagnosi precoce quale fattore di successo nella lotta contro la tubercolosi. La proposta venne approvata all'unanimità.

Quindi il Consiglio approvò un ordine del giorno nel quale « considerato l'obbligo da parte dei Comuni del Regno di ricoverare solo i tubercolotici infettanti, e in attesa che maggiori provvidenze siano disponibili, si propone che l'assistenza sanatoriale sia limitata ai soli soggetti realmente curabili ».

È seguìta la lettura di uno schema di regolamento per l'assistenza agli studenti universitari, col quale si propone che annualmente tutti gli studenti siano sottoposti a visita medica, il cui risultato verrà iscritto in speciale libretto sanitario individuale, che sarà tenuto dall'Ufficio Sanitario con l'obbligo del segreto professionale. Gli studenti che risultassero malati di tubercolosi, non internati o internabili in istituzioni, potranno usufruire gratuitamente della cura ambulatoria presso l'Ufficio Sanitario dell'Opera Universitaria o presso le Cliniche universitarie.

Un altro ordine del giorno è stato approvato per l'obbligo di accertamento della tubercolosi nelle meretrici e conseguenti provvedimenti assistenziali e profilattici.

Sono stati quindi proposti i temi di discussione per il Congresso Nazionale contro la tubercolosi a Roma, che avrà luogo nell'ottobre 1935 nella sede dell'Istituto « Benito Mussolini ».

Si passa ad esaminare l'attività delle sezioni della Federazione.

Finalmente il Consiglio ritiene che sia giunto il momento per tornare a proporre al Ministero competente l'insegnamento dell'igiene e della medicina preventiva nelle scuole, cosa che si ritiene di facile attuazione e di grande valore per la difesa della stirpe. Il Consiglio ha ravvisato in questa iniziativa uno dei mezzi più sicuri per dare al movimento antitubercolare la vasta proporzione di una sempre più imponente mobilitazione di spiriti e di consensi all'opera grandiosa di lotta contro la tubercolosi.

Il convegno climatologico di Nervi.

Il 12 e il 13 gennaio si è tenuta l'annunziata riunione di medici e studiosi di climatologia e talassoterapia, alla quale hanno partecipato numerosi scienziati e sanitari della Liguria, del Piemonte e della Lombardia, indetta dall'Azienda di Cura, sotto gli auspici del Sottosegretario alla Stampa e Propaganda, S. E. Ciano, con la partecipazione dell'Associazione Medica Italiana di Idroclimatologia, Talassoterapia e Terapia Fisica.

Alla seduta inaugurale, in un salone dell'albergo Eden, erano presenti le autorità sanitarie della Superba, i senatori proff. Devoto e Pende, il gen. Fara.

Il commissario dell'Azienda, console Re, ha rivolto un sentito ringraziamento ai convenuti; in un breve discorso il prof. Adriano Valenti, presidente dell'Associazione di idroclimatologia, tratteggiò le finalità del convegno; egli auspicò e propose all'azienda di cura la istituzione di un vero e proprio « centro di studi climatologici e talassoterapici ». La proposta trovò il consenso generale.

Il prof. Carlo Foà, direttore dell'Istituto di Fi-

siologia della Università di Milano, svolse una relazione su « gli effetti benefici del clima marino sull'organismo umano » insistendo sovratutto sui risultati eccellenti delle cure marine e delle radiazioni solari in special modo per la eliminazione delle alterazioni della glandola tiroide che producono il gozzo, Il sen. Pende, prendendo argomento dalla relazione Foà, ne ribadisce ed integra le osservazioni, formulando un ordine del giorno, approvato alla unanimità, nel quale il convegno fa voti perchè i Balilla e le Piccole Italiane delle località montane ad endemia gozzigena siano inviati di preferenza alle colonie marine meglio esposte ed indicate.

Il sen. Devoto svolge una relazione sulla necessità del rimboschimento dei monti della riviera ligure, depauperati dalla incuria e dall'indisciplinato taglio delle piante, perchè tale rimboschimento, oltre a portare — come il compianto Arnaldo Mussolini con tanta tenacia asseriva — una regolamentazione delle acque correnti, porterebbe pure un beneficio nelle condizioni climatologiche.

Nella seconda giornata, sotto la presidenza del prof. Pacchioni, fu svolta una elaborata relazione del prof. Nasso, sul tema « indicazioni e controindicazioni della talassoterapia specialmente nella prima età ».

Seguirono comunicazioni dei proff. Dossena, Piccinini, Asti, Bertoldi, Ragazzi, Cignolini, Vallebona e dott. F. P. Berretta — al quale ultimo va il plauso dell'assemblea per la sua solerte opera di segretario del Comitato locale del Congresso — e quindi il prof. Valenti chiude i lavori ripromettendosi di riunire più numerosi ancora i medici al prossimo raduno e inneggiando con elevate parole all'opera valorizzatrice del Duce per il patrimonio italiano.

Furono inviati telegrammi al Re, al Duce, a S. E. Starace ed a S. E. Ciano.

Nel pomeriggio, in torpedoni, i convenuti si recano ad una visita agli Ospedali di S. Martino di Genova, invitati dal presidente prof. Mosso, e quindi ad una gita lungo la riviera di Levante fino a S. Margherita e Rapallo.

Convegno regionale per la lotta antitubercolare.

A Bolzano si è tenuto il terzo Convegno della Sezione Tridentina della Federazione Italiana Fascista per la lotta contro la tubercolosi, sotto la presidenza del prof. Umberto Carpi della R. Università di Milano.

Presenziarono quel Convegno le autorità delle due provincie di Bolzano e di Trento ed un folto gruppo di sanitari.

Il prof. Carpi parlò sul tema: « Criteri clinici di orientamento nella terapia della tubercolosi polmonare »; il prof. Cavalotta trattò della « Funzione degli Istituti curativi clinico-ospedalieri nella lotta antitubercolare ».

Il Convegno è stato ripreso e concluso nel pomeriggio a Merano. Quivi è seguita una larga discussione sui temi di relazione già svolti, alla quale hanno partecipato vari oratori. Sono state fatte poi comunicazioni dai dottori Mazzoli, Centoscudi, Benedetti, Cavarazzi, Bonnet, Del Rio, Mazzini, Cresina, Gut, Malossini ecc.

I lavori si sono chiusi a tarda ora con un fervido saluto al Duce.

Corsi di perfezionamento e di specializzazione.

Dal 29 aprile al 29 maggio 1935-XIII avrà luogo, sotto gli auspici dell'Istituto di Studi scientifico-pratici sulla tubercolosi, in Genova, via Balilla 1, un corso celere di perfezionamento nella patologia, clinica e profilassi delle malattie tubercolari col concorso di professori della Facoltà Medica della R. Università di Genova. Le iscrizioni si ricevono presso la Segreteria dell'Istituto in via Balilla 1. Agli iscritti che avranno frequentato regolarmente il corso e avranno superato l'esame finale sarà rilasciato apposito certificato. L'iscrizione è gratuita. Il limite massimo della presentazione della domanda, redatta in carta libera, scade il 22 aprile 1935--XIII.

Corsi di medicina dello sport sono stati organizzati nelle Università di Roma e di Genova.

Il prof. A. Busi, preside della Facoltà di medicina e direttore della clinica radiologica della Università di Roma, ha tenuto nell'aula della clinica stessa al Policlinico la prolusione al corso di Roma, trattando il tema: « L'importanza della cartella radiografica del torace degli sportivi ». Erano presenti molte personalità.

Ha avuto luogo al nuovo grandioso Istituto « Benito Mussolini » la prolusione al corso di clinica della tubercolosi e delle malattie dell'apparato respiratorio, fatta dall'on. prof. Eugenio Morelli. Erano intervenute spiccate personalità. L'orazione si è chiusa con un potente saluto al Duce, inteso a significare la gratitudine degli ammalati e degli studiosi della tubercolosi, la riconoscenza di tutti gli italiani per la prodigiosa opera di rigenerazione fisica e spirituale della stirpe.

Come abbiamo annunziato, l'Accademia berlinese di perfezionamento dei medici, diretta dal sindaco di Berlino e che succede all'Associazione dei docenti pel perfezionamento dei medici di Berlino, indice dei corsi internazionali di perfezionamento per medici sulle seguenti materie: 1) Medicina interna con speciale riguardo alle malattie dello stomaco e dell'intestino (4-9 marzo), onorario marchi 40; 2) Malattie del metabolismo e delle glandole a secrezione interna (11-16 marzo), onorario marchi 40 (i corsi 1 e 2 possono frequentarsi insieme, onorario marchi 60); 3) Progressi pratici della diagnostica Röntgen e della radioterapia, specialmente per le malattie interne (18-24 marzo), onorario marchi 70; 4) Corso speciale di urologia (25-30 marzo), onorario marchi 70; 5) Malattie professionali, tenendo presente il rilascio dei certificati (1-8 aprile), onorario marchi 40; 6) Corso speciale per chirurghi (29 aprile-4 maggio), onorario marchi 70; 7) Corsi speciali in qualsiasi campo della medicina, con esercizi pratici al letto dell'infermo e in laboratorio, vengono tenuti in tutti i mesi: l'onorario ammonta a marchi 50-80 per 8 lezioni doppie; in questi corsi si volge speciale attenzione all'attività pratica; il perfezionamento teorico viene in seconda linea.

Programma ed informazioni dettagliate si ricevono a mezzo della « Geschäftsstelle » della « Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung », Berlin NW 7, Robert-Koch-Platz 7 (Kaiserin Friedrich-Haus). Medici stranieri e medici tedeschi abitanti all'estero ottengono il 25-60 % di riduzione sul prezzo delle ferrovie germaniche. Utilizzando i co-

sidetti marchi registrati (« Registermark ») un medico straniero può ridurre notevolmente il costo del suo soggiorno in Germania. È bene che egli si metta, quindi, prima della partenza, in comunicazione con una banca del proprio paese.

Esposizione d'Igiene a Strasburgo.

Un'Esposizione d'Igiene organizzata dalla Città di Strasburgo avrà luogo dal 6 al 22 aprile.

Metterà in evidenza i progressi sia scientifici ed amministrativi, che industriali e commerciali, realizzati nel campo dell'igiene e della tecnica sanitaria, specialmente in quello dell'igiene corporale, dell'igiene scolastica, dell'igiene dell'alloggio, del lavoro, dell'abbigliamento, dell'alimentazione, degli sport ecc.

Allo scopo di dare maggiore ampiezza all'Esposizione, il Comitato organizzatore ha riservato un posto importante all'industria ed al commercio.

Per informazioni rivolgersi ai: Services Administratifs, rue Brulée 9, Hôtel de Ville, Strasbourg, Francia.

Azioni giudiziarie.

La II Sezione penale della Corte di Cassazione ha cassato senza rinvio una sentenza di condanna pronunziata dal Tribunale di Palermo e confermata dalla Corte d'Appello della stessa città, per omicidio colposo imputato al sig. Angelo Montalto, il quale aveva affidato alla sorveglianza di un infermiere un operaio infortunatosi, che in breve tempo moriva. L'operaio era stato più volte sollecitato a farsi curare da medici, ma vi si era ostinatamente rifiutato.

Demmo già notizia di un medico di Parigi, dott. Gérard, il quale aveva intentato causa alla « Compagnie parisienne de distribution d'électricité », per disturbi nel godimento di una abitazione, nella salute e nell'esercizio professionale, cagionati dai rumori di una centrale di trasformazione elettrica. Dopo lunghissime vicende il Consiglio di Stato — Sezione del Contenzioso — ha ora stabilito che gli competono 89.000 franchi. Invece il Consiglio di Prefettura gliene aveva assegnati circa 210.000, di cui buona parte già percetti; egli dovrà restituire la differenza e gl'interessi. Il Consiglio di Stato nel suo giudizio si è basato specialmente sul fatto che gl'introiti professionali del Gérard erano venuti aumentando molto, il che porterebbe ad escludere l'addotto danno professionale.

Un po' dovunque.

La Commissione consultiva pel traffico dell'oppio e di altre droghe nocive si è adunata a Ginevra dal 12 al 28 novembre.

L'assemblea di medicina generale della Francia si è adunata il 6 gennaio, all'Hôtel-Dieu di Parigi, sotto la presidenza del prof. H. Roger, decano onorario della Facoltà di medicina. Venne discusso il tema « L'avvenire degli ipertesi ». Nel pomeriggio l'assemblea venne ricevuta al Collegio di Francia. In omaggio di Claudio Bernard, venne inaugurato un « reliquario » ove saranno conservati tutti i ricordi e i documenti che si riferiscono al sommo fisiologo.

La Società francese di ortopedia organizza le prossime « giornate ortopediche » a Bordeaux per il 7 e l'8 giugno; nelle due mattinate avranno luogo dimostrazioni operatorie; nei pomeriggi si terranno le sedute. La prima giornata sarà riservata all'ortopedia non chirurgica; la seconda alla chirurgia ortopedica e alla traumatologia. Saranno fatte visite ed escursioni. Le ferrovie accordano la riduzione del 50 %. Rivolgersi al segretario Dr. L. Ponyanne, rue Saint-Genès 103, Bordeaux.

La Società tedesca di balneo-climatologia e la Società tedesca per la lotta contro il reumatismo si aduneranno l'11 e il 12 aprile a Wiesbaden; nella prima giornata la riunione avrà luogo in comune con la Società tedesca di medicina interna.

È stato costituito in Argentina il comitato ordinatore della Conferenza nazionale di bromatologia; alla presidenza è stato nominato il dott. Josué Gollán, rettore dell'Università del Litorale.

È stata inaugurata a Ferrara una Sezione della Società italiana di antropologia e psicologia criminale, alla presenza di S. E. Mariano D'Ameglio, primo presidente della Corte di Cassazione del Regno, e di altre altissime personalità. Vanno segnalati i discorsi del prof. Boschi e di S. E. D'Ameglio, i quali lumeggiarono la portata della scuola positiva del diritto penale, che è una creazione italiana.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata il 21 e il 28 dicembre e il 4 gennaio, sotto la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario dott. G. Robba. Furono fatte comunicazioni da: P. Marcovic, G. Iurcov; G. Macchioro, G. Pierguidi, M. Ravalico; B. Pincheris, C. A. Lang.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 21 dicembre, sotto la presidenza del prof. M. Donati; furono fatte otto comunicazioni.

La Società medico-chirurgica della Romagna si è adunata il 16 dicembre a Faenza, sotto la presidenza del prof. F. Giugni, assistito dal segretario dott. P. Galli. Furono fatte comunicazioni da: E. Emiliani (Dovadole), G. Ricci (Forlì), M. Loreti (Maldole), A. Garibotti (Rimini), P. L. Bonoli (Forlì), M. Sella (Lugo), G. Monti (Forlì).

La Regina e il Principe di Piemonte si sono recati al Policlinico Umberto I di Roma per visitare i ricoverati sottoposti alla cura dei postumi di encefalite letargica, riuniti nel VI Padiglione.

È stato solennemente inaugurato, a Croce di Salven (comune di Borno, Val Camonica), un istituto infantile per la lotta antitubercolare, che accoglierà i bambini inviati dai Consorzi antitubercolari di Brescia e di Cremona; fa parte del Villaggio sanatoriale sorto coi contributi della Cassa di Risparmio delle Province Lombarde e dell'Istituto Nazionale Fascista di Previdenza Sociale.

Sono state inaugurate a Buenos Aires, il 12 dicembre, le nuove installazioni dell'Istituto di radiologia e fisioterapia; intervennero alla cerimonia il presidente della Repubblica, il ministro della giustizia e della pubblica istruzione ed altre autorità; tenne il discorso inaugurale il direttore dell'istituto, dott. Eduardo Lanari, che rievocò il fondatore e promotore, dott. Alfredo Lanari.

Il 9 dicembre fu inaugurato a Karlsbad il padiglione chirurgico del nuovo Ospedale; la costruzione era cominciata nel 1930 ed ha importato 19

milioni di corone (circa 9,5 milioni di lire). Tenne il discorso inaugurale il rettore dell'Università tedesca di Praga, prof. Grosser.

Un gruppo di studenti orientali, partecipanti al 2° Congresso della Confederazione degli studenti orientali, adunatosi in Roma, si è recato a visitare l'Istituto Superiore di Odontoiatria « Eastman », diretto dall'on. prof. G. Perna.

La rivista « Note di Terapia Pratica » ha iniziato col nuovo anno una rubrica intitolata « Giurisprudenza sanitaria e interessi professionali », affidata all'avv. prof Guido Notari. Si annunzia che in ciascun numero sarà ricordato il sommario di quanto appare in « Diritto Pubblico Sanitario », edìto dalla Casa L. Pozzi di Roma e diretto dall'on. avv. A. Carapelle e dall'avv. G. Selvaggi.

Il dott. Wilhelm Weygandt, professore emerito di psichiatria all'Università di Amburgo e direttore dell'Ospedale statale di Friedrichsberg per malati di mente, è stato invitato alla riunione della Società per la profilassi criminale di Parigi; è stato anche invitato dall'Università di Coimbra (Portogallo), per tenere delle conferenze.

Con la fine dell'anno scolastico 1934-35 andranno a riposo, per raggiunti limiti di età, i professori di fisiologia di Pisa e di Bari, Vittorio Aducco e G. B. Gallerani.

I medici appartenenti al Senato italiano risultano in numero di 24; decano è il prof. Marchiafava; il più giovane è il prof. Pende.

Nel « Regent Park » di New York era stato eretto, nel 1894, un monumento in bronzo al celebre ginecologo James Marion Sims; siccome poi il parco venne soppresso, il monumento fu rinchiuso in un magazzino; ora vi si è trovato di nuovo un posto degno, in un piccolo parco il quale dà sulla 5ª « Avenue », di fronte all'Accademia di Medicina.

Il Consiglio della Fondazione Curie ha assegnato, a titolo postumo, il premio Goyon-Boudonart al dott. Octave Monod, per l'insieme dei suoi lavori sul trattamento dei tumori maligni col radium. Questo premio triennale è destinato a compensare i lavori di biologia sperimentale o di medicina compiuti nei laboratori dell'Istituto del radium dell'Università di Parigi o nei servizi della Fondazione Curie.

L'« American Legislators Association » annuncia che sono stati sterilizzati, secondo la legge in vigore in 25 Stati dell'Unione, 16.000 persone, uomini e donne, affetti da malattie mentali ereditarie. Gli Stati sono arrivati a questa decisione di fronte al fatto che su due milioni di persone invalide al lavoro 381.000 erano colpite da malattie mentali. Sono sottoposti a sterilizzazione i folli, i frenastenici, gli epilettici ed in generale tutti i portatori di gravi tare ereditarie.

Il dott. Renato Lusena, dell'Ospedale di S. Spirito in Roma — uno dei nostri collaboratori più valenti, apprezzatissimo dal nostro pubblico di lettori — è stato vittima di un grave infortunio automobilistico: ha riportato contusioni multiple, la frattura di due costole e la frattura esposta della regione occipitale! Ricoverato nell'Ospedale Civile di Viterbo, è stata emessa prognosi riservata. Formuliamo gli auguri più ferventi di piena e rapida guarigione.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Sperimentale, ag. — R. PAZZAGLI e A. PAOLETTI PERINI. Paratiroidi e callo di frattura. — P. MOLINARI-TOSATTI. Calcio, fosforo e ormone paratiroideo.

Jornal dos Clinicos, 15 sett. — G. LONDRES e M. DE SEMA. Emorragia cerebro-ventricolare e liquido cer.-sp. — 30 sett. G. LONDRES e E. RAUSS. Sindrome parkinsoniana d'inizio apoplettico.

Quart. Jl. of Med., ott. — C. C. UNGLEY e G. V. JAMES. Azione dei lieviti e dell'embrione di grano sulle anemie. — W. A. R. THOMSON. Proteine del plasma e edema cardiaco.

Journ. Méd. Franç., ott. — Le anatossine e le vaccinazioni associate.

Practitioner, nov. — Affezioni del fegato.

Sunth-Afr. Med. Journ., 13 ott. — F. H. MCCAY. Trattam. della dissenteria bacillare con batteriofago.

Clinica Chir., ott. — P. PARISET. Pachimeningite cronica di probabile origine traumatica. — C. SCHAPIRA. Ossificazioni posttraumatiche.

Amer. Journ. of Cancer, ott. — A. HADDOW. Il fegato in rapporto nei soggetti normali e nei cancerosi. — F. B. FLINN. Azione del radio sulle colture di tessuti. — A. GANDOLFO. La reaz. di Roffo. — C. F. GESCHICKTER. Tumori muscolari.

Mediz. Klinik, 2 nov. — Numero di roentgenologia.

Med. Welt, 3 nov. — W. NONNENBRUCH. L'uremia dei non renali. — W. TUARD. Roentgenterapia dell'ipertrofia prostatica.

Revue Neurol., ott. — L. MARCHAND e A. COURTOIS. La psicosi acuta di Korsakoff negli alcoolisti.

Gaz. d. Höp., 31 ott. — R. LEVENT. Alluminio e cancro.

Deut. Med. Woch., 2 nov. — NOON. La sindrome di shock. — THOMAS. Vaccinazione, reazione tardiva ed encefalite tardiva.

Klin. Woch., 3 nov. — A. GEBBERT. Terapia con onde ultra-corte. — D. LASZLO e M. WACHSTEIN. Regolazione termica nella febbre.

Minerva Med., 3 nov. — C. GAMNA. Morbo di Cushing. — G. DOMINICI e G. OLIVA. Resistenza emoglobinica.

Paris Méd., 3 nov. — Pediatria.

Journ. A. M. A., 20 ott. — H. BROOKS. La causa immediata della morte nella polmonite. — F. G. RUNYEON. Tumore di Krukenberg. — M. CUTLER. Il problema della radiosensibilità.

Studium, 1 nov. — M. SALMON. Calcificazione della cistifellea.

Giorn. It. di Dermat. e Sifilol., ott. — G. F. CHIALE. Dieta lattea e ricambio idrico in affezioni cutanee diffuse. — G. B. COTTINI. Comportamento degli ormoni preipofisari in alcune dermatosi. — A. MIDANA. Lesioni cutanee nella linfogranulomatosi inguinale.

Presse Méd., 7 nov. — O. PORGES e G. ADLESBERG. Regime povero di grassi nel diabete.

Münch. Med. Woch., 8 nov. — W. BLOCK. Infezioni da proteus nell'uomo.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 nov. — C. ROUBIER e C. MERMET. Disturbi circolatori da collassoterapia polm.

Gaz. d. Hôp., 10 nov. — J.-E. THIÉRY. L'equilibrio acido-basico in fisiopatologia.

Klin. Woch., 10 nov. — W. KIKUTH. Nuove vie nel trattamento delle malattie tropicali.

Ann. di Ostetr. e Ginec., 31 ott. — N. PRISCO. La labilità colloidale del plasma saggiata col vanadato sodico.

Presse Méd., 10 nov. — P. SAVY e H. THIERS. Trattam. degli stati allergici. — G. MARCHAL e al. Teleroentgenterapia totale nelle leucemie e nel morbo di Hodgkin. — P. BASTAI e G.-C. DOGLIOTTI. Iperparatiroidismo e sindromi angiospastiche.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., nov. — P. SCHILDER. Psicosi depressive. — J. A. LUHAN. Emianalgesia totale. — H. HARPER HART. Infelicità del genio.

Arch. Intern. Med., ott. — F. D. MURPHY. Nefrite glomerulare diffusa. — C. W. BAILDRIDGE. Consumo di ossigeno e metabolismo. — G. L. WALDBOTT. Morte allergica.

Journ. A. M. A., 27 ott. — Lavori vari sull'allergia.

Med. Klinik, 9 nov. — G. MAGNUS. Il complesso sintomatico varicoso. — H. LOW e H. KRCMA. Emicrania e ricambio.

Med. Welt, 10 nov — W. HARING. Esame roentgenologico del pancreas. — K. JACOBOWITZ. Terapia dell'otite media acuta non perforata.

Riv. di Clin. Med., 10 sett.-16 ott. — A. LUNEDEI e A. GIUMORI. Tentativo di riproduzione sperimentale nell'uomo della sindrome epifrenica e dell'angina pectoris d'origine gastrica.

Minerva Med., 10 nov. — G. DI GUGLIELMO. Le brucellosi.

Giorn. di Cl. Med., 30 ott. — L. BARGI. Insulina e ricambio dei grassi negli epatopazienti. — G. GABBI e G. BINI. Splenomegalia emolitica.

Med. Paisos Cál., ott. — R. B. HILL e J. OLAVARRÍA. La chinina a piccole dosi nella malaria.

Diagnostica e Tecn. di Lab., 25 sett. N. FAVIA e M. ZUPPANTE. Sopra una nuova reaz. di flocculaz. nella sifilide.

Arch. Mal. App. Dig. ecc., nov. — M. CHIRAY e al. L'ittero catarrale protratto.

Presse Méd., 14 nov. — P. DUVAL e al. Intossicaz. da polipeptidi.

Arch. It. di Chir., ott. — B. SARONI. Calcolosi « intramurale » e calcolosi « interstiziale » della cistifellea. — L. SANTE. Cosidette cisti dei menischi.

Lancet, 17 nov. — P. WILES. Piede piatto. D. DAVIES e U. STRELLEY. Anemia ipocromica e gravidanza.

Journal A. M. A., 3 nov. — A. WALLGREN. Vaccinazione Calmette. — A. F. HARTMAN. Teoria e pratica della somministrazione parenterale di liquidi.

Arch. Ital. Mal. Appar. Dig., 6. — I. VEGGETTI. Cromodiagnostica col rosso neutro nelle affezioni dello stomaco. — N. SABATINI. Terapia dell'ulcera gastrica con il benzoato di soda.

Guy's Hospital Reports, lug. — M. CAMPBELL. Il cuore nel mixoedema. — C. KEITH SIMPSON. Osservazioni sulla gastrite. — G. P. B. WHITEWELL. Ulcere boccali ricorrenti.

Rinasc. Med., 15 nov. — W. SCHWAZ. Importanza della scarlattina nella genesi dei vizi valvolari.

Brit. Med. Journ., 17 nov. — M. CRITCHLEY. Alcuni aspetti del dolore.

Med. Welt, 17 nov. — E. SCHÜTZ. Elettrofisiologia del cuore. — H. v. HABERER. Chirurgia biliare.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Periodici concessi in abbonamento cumulativo pel 1935 ai Signori Abbonati al « Policlinico ».

ANNO XLII | Roma, 4 Febbraio 1935 - XIII | Num. 5

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA

diretta dal Sen. Prof. N. PENDE

Sopra una forma pseudotifoidea della setticemia streptococcica di origine focale.

(Contributo alla clinica delle infezioni focali).

Prof. MICHELE BUFANO, aiuto

È nota la grande varietà di forme cliniche cui può dare origine la sepsi streptococcica. Fin'ora le più conosciute erano quelle puerperali e postabortive, e quelle più o meno lente o acute legate ad una endocardite settica maligna.

Ma in questi ultimi anni, grazie alle più accurate ricerche batteriologiche al letto del malato, grazie ad importanti recenti progressi nello studio della batteriologia degli streptococchi, le forme cliniche dovute a streptococcemia sono andate aumentando. Così sono state descritte le setticemie streptococciche post-erisipelatose, quelle post-scarlattinose, le sepsi post-anginose, quelle sorte in seguito a traumi infettanti, quelle seguite ad otiti o a mastoiditi acute o riacutizzate; le setticemie streptococciche acutissime con miosite purulenta (forma già da molto tempo descritta nosologicamente, ma di recente ben caratterizzata e studiata da Abrami e Worms). Oltre queste sindromi propriamente setticemiche, si è visto che anche molte altre malattie sono dovute alla fissazione di streptococchi di origine focale in vari organi e tessuti (artriti, miositi, neviti, etc.).

Recentemente nella nostra Clinica abbiamo studiato un gruppo di malati setticemici, i quali hanno dimostrato un comportamento così omogeneo, per l'etiologia, per la patogenesi, per la sintomatologia, per il decorso, per le complicanze, per le particolarità batteriologiche e sierologiche, nonchè per la terapia, che mette conto descriverli; in quanto rappresentano una forma di sepsi streptococcica, su cui, anche se qualche caso affine si trova già descritto nella bibliografia, non è stata ben fissata l'attenzione sull'origine focale e sul quadro clinico, specie all'inizio della malattia,

molto simile, se non identico, a quello dell'infezione eberthiana.

Uno dei casi più affini ai nostri è quello osservato già da più di un anno dal Viglietta: sepsi pura da streptococco viridans a decorso tifoideo. Si trattava di un ragazzo di 7 anni, accettato con diagnosi d'infezione tifoide, e con il quadro completo di questa malattia, tranne la comparsa di roseole. L'emocoltura ebbe esito con lo sviluppo di un tipico streptococco viridans; non furono trovati (forse perchè non ricercati) foci. Nessuna localizzazione. L'infermo guarì in seguito ad autovaccinoterapia e proteinoterapia aspecifica endovenosa. Altri due casi, molto simili ai nostri, li ha descritti De Sanctis Monaldi: setticemie da streptococco viridante benigno, da foci dentari l'uno, tonsillari l'altro. Differiscono questi casi dai miei per il fatto che la sintomatologia eberthiana non è stata completa: mancanza di roseole, mancanza di linfomonocitosi, anzi esistenza di linfomonopenia con neutrofilia. Ma in questi casi è da notarsi il fatto importante che son guariti con la sola autovaccinoterapia. Il Martelli nel 1927 aveva osservato un caso simile in una donna di 56 anni.

Presentiamo i nostri 4 casi più tipici:

CASO I. — Letto n. 1 (1). D. C. Mario. Anni 18. Contadino. Entrato il 10-I-1934.

Nulla di notevole nel gentilizio. Nell'anamnesi remota v'è solo che sofferse di pertosse a 9 anni.

Verso il 15-XII-1933 fu colpito da febbre non molto alta e che insorse non improvvisamente, con modica cefalea frontale, con inappetenza. La febbre non raggiunse mai valori superiori a 38°,5. Verso il 25-XII-1933 si ebbe spontaneamente un periodo di apiressia che durò 2-3 giorni, tanto che il paziente lasciò anche il letto. Poi la febbre si ripresentò con i caratteri di prima ad andamento irregolare; alcuni giorni remittente, altri giorni continua. Visto che non passava con i comuni antipiretici, chiese ricovero in Clinica, dove fu inviato dal suo medico con diagnosi di febbre tifoidea.

L'esame obbiettivo ha messo in rilievo quanto segue: individuo ipoevoluto somaticamente e psichicamente, con caratteri di infantilismo per ritardo dello sviluppo puberale. Masse muscolari non molto sviluppate. Intenso pallore della cute e delle mucose visibili. Sull'addome presenza di tipiche roseole. Lingua intensamente impatinata, secca. Dentatura in pessimo stato. Moltissimi denti cariati. Radiograficamente si vedono le radici di 4 denti circondate da un alone di rarefazione ossea, dovuta certamente ad ascessi apicali. Le tonsille apparentemente intatte; appena più grandi del normale. Lieve micropoliadenia cervicale e inguinale. Nulla all'apparato circolatorio: pressione arteriosa 130/80. Polso di frequenza normale in periodo di apiressia; appena aumentato e con lieve tendenza al dicrotismo nei periodi febbrili. Nulla all'apparato respiratorio. Nulla nell'urina sia chimicamente che microscopicamente.

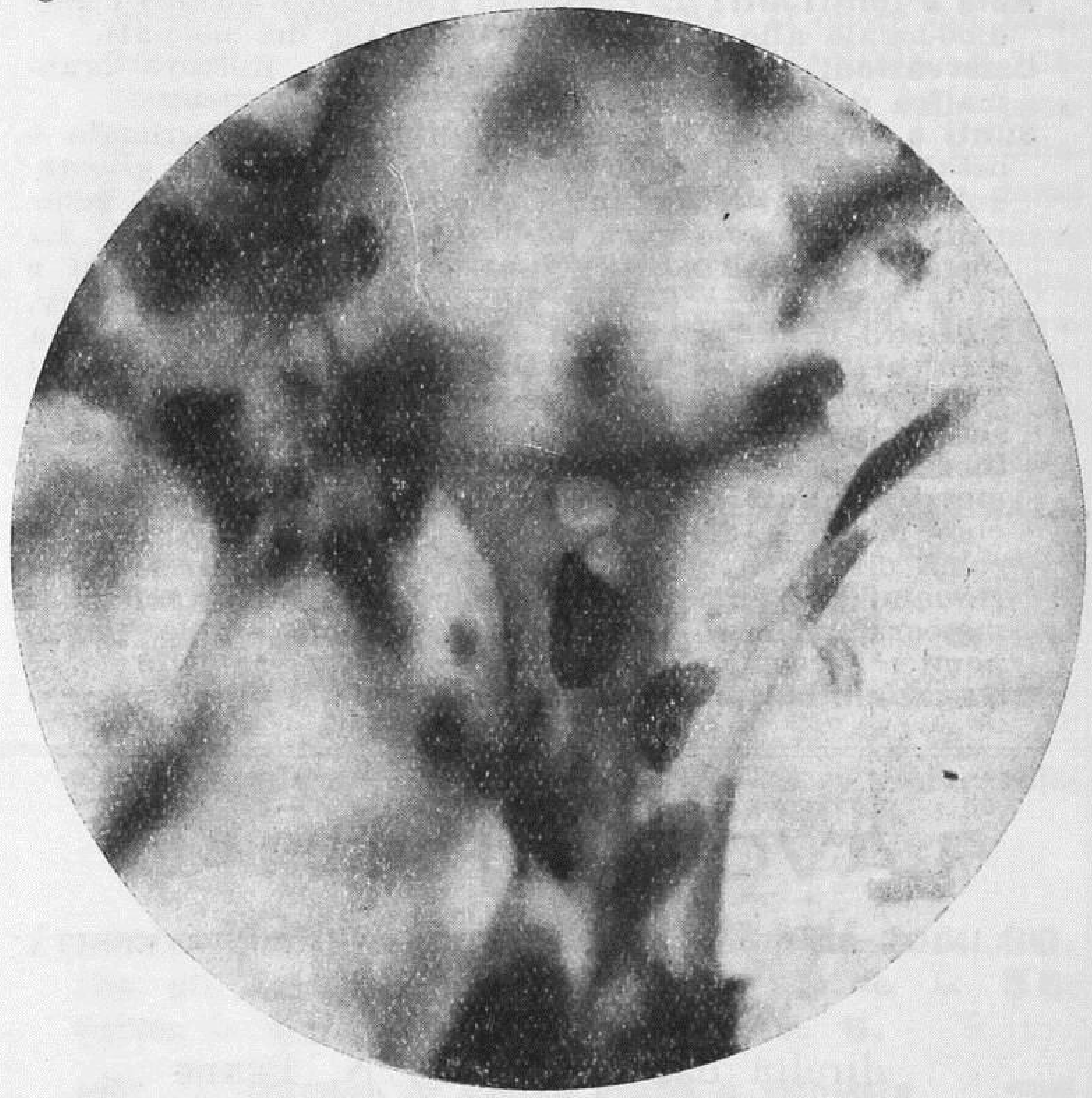
Il fegato nei limiti; milza ingrandita e molle, non dolente; deborda da un dito circa dall'arco costale. L'addome trattabile in tutti i quadranti; alvo regolare.

Gli esami del sangue all'ingresso dettero i seguenti risultati:

Globuli rossi 3.390.000; globuli bianchi 16.200; emoglobina 80 %; valore globulare 1,15.

Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 38 %; linfociti 20 %; monociti 42 %.

Una prima emocoltura in brodo semplice dette esito negativo. Una seconda seminata in terreno di Tarozzi dette pure esito negativo; esito negativo pure una terza emocoltura in Tarozzi. Immediatamente dopo il terzo prelievo di sangue, fu provocata la contrazione della milza, mandando sulla regione splenica per un minuto primo un getto di cloruro di etile; dopo 5 minuti fu seminato di nuovo sangue in terreno di Tarozzi con esito positivo per una forma di diplococco Gram +. Questo germe cresce difficilmente in brodo, in terreno T, su agar; più facilmente su agar-sangue. Il terreno T lo lascia limpido, così pure il brodo. In agar-bile al 5 % non cresce. È agglutinato dal siero del malato a 1/80. Non è agglutinato da 7 sieri di malati diversi. Morfologicamente è un diplococco lanceolato, capsulato. Non fermenta l'esculina.



La reazione di Widal fu negativa per Eberth, paratifi, coli, melitense.

La febbre (vedi grafica 1) nel periodo di degenza in clinica fu di tipo irregolare, tendente all'intermittenza; i periodi di ascesa accompagnati da leggero brivido. Ma estratti i denti, che radiologicamente mostravano ascessi apicali, la febbre scomparve e con essa le roseole e il tumor di milza. Seminate delle piastre di agar-sangue strisciando le radici dei denti appena estratti, si sviluppò lo stesso germe ricavato dal sangue con identiche caratteristiche.

Il 15-I-1934 fu riesaminato il sangue in un periodo in cui il malato aveva ancora ogni tanto

---

(1) Nelle indagini cliniche dei casi sono stato coadiuvato dalla signorina laureanda Pellizzari, che ha svolto su questo argomento la Tesi di Laurea.

qualche fugace elevazione termica. Globuli rossi 3.800.000; glob. bianchi 12.000; emoglobina 82 %; valore globulare 1. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 8 %; polinucleati eosinofili 3 %; linfociti 31 %; monociti 61 %. Il giorno 20-II-1934 in completa e definitiva apiressia: globuli rossi 4.360.000; globuli bianchi 9500; emoglobina 87 %; valore globulare 1,1. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 30 %; polinucleati eosinofili 2 %; linfociti 41 %; monociti 24 %; monociti con spiccati caratteri di immaturità 3 %.

La puntura splenica eseguita il 20-II-1934 ha dato esito a un succo ricchissimo di monociti istioidi e di plasmacellule. Normali i linfociti e gli splenociti.

La puntura del midollo tibiale eseguita nello stesso giorno ha dato esito ad un succo midollare in cui si vede una ricchissima proliferazione di endoteli, con regressione notevole del tessuto emocitoblastico normale e delle sue cellule derivanti (vedi microfotografia).

Caso II. — Letto n. 19. R. Luigi, di anni 29. Tramviere.

Nulla nell'anamnesi famigliare. Nell'anamnesi personale v'è che nella puerizia sofferse dei comuni esantemi; a 12 anni ebbe una pleurite che a detta del paziente sarebbe guarita in una settimana.

In passato sofferse frequentemente di tonsilliti, con febbri alte e che risolvevano dopo pochissimi giorni. È caduto malato 6 giorni prima dell'ingresso in clinica: febbre elevata con brividi, cefalea, anoressia assoluta, dolori ai lombi, deglutizione dolorosa, rinorragie ripetute e difficilmente frenabili. Entra in clinica il 20-II-1934.

All'ingresso l'aspetto del paziente depone per una grave infezione settica. È fortemente depresso; il sensorio è abbastanza conservato ma v'è tendenza a sopore. Pallore spiccato della cute e delle mucose. Sull'addome si presentano numerose tipiche roseole. La lingua è fortemente ed uniformemente impatinata, alquanto umida. Il polso è molle, nettamente dicroto, di frequenza sugli 80 al m'; con la temperatura oscillante tra 39-40°. La milza si palpa nettamente: ingrandita, molle, indolente. Il fegato è nei limiti. L'addome è palpabile in tutti i quadranti. V'è accenno al gorgoglio ileo-cecale. Alvo con tendenza alla stipsi. Nelle urine c'è scarso albume. Il sedimento mostra rari globuli bianchi e rossi; rare cellule renali e dei bacinetti; qualche raro cilindro epiteliale.

La siero-diagnosi di Widal ha dato esito negativo per Eberth, paratifi, coli e melitense.

L'esame del sangue ha dato: globuli rossi 3.600.000; globuli bianchi 14.200; emoglobina 68 %; valore globulare 0,9. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 52 %; eosinofili 2 %; linfociti 15 %, monociti 31 %.

L'emocoltura eseguita subito dopo l'ingresso in Clinica, seminando il sangue in terreno di Tarozzi, ha mostrato lo sviluppo in coltura pura di una forma di streptococco anemolitico. In agar-sangue forma piccole colonie trasparenti che si sviluppano rapidamente. In terreno T. si ha deposito di germi al fondo, mentre il liquido soprastante resta chiaro. Trapiantandolo in terreno di Tarozzi si ha intorbidamento generale lel liquido con cospicuo deposito al fondo della provetta. Non fermenta l'esculina nè l'inulina; fermenta il glicosio. Cresce su agar-bile.

Il paziente da principio mostrava una febbre continua leggermente remittente. Curato con un vaccino antipiogeno polivalente la febbre si è trasformata in intermittente. Curato con autovaccino, la febbre a poco a poco è caduta completamente per lisi.

L'esame radiografico dei denti non ha dato nulla di nuovo. L'esame delle tonsille ha mostrato in amebdue focolai suppurativi; specialmente la destra che, all'atto operatorio per asportarla, si è mostrata come una piccola sacca di pus liquido fetido. Seminate le tonsille in brodo comune, hanno fatto sviluppare in coltura pura l'identico germe con le identiche proprietà di quello che si è sviluppato dall'emocoltura.

Immediatamente dopo la tonsillectomia totale l'ammalato ha avuto un altro periodo di rialzo termico febbrile, irregolare. È stato ancora curato con autovaccino e con iniezione endovenosa di urotropina. La formula leucocitaria il 25-IV-1934 era la seguente: polinucleati neutrofili 52 %; eosinofili 1 %; linfociti 8 %; monociti, di cui molti giovani a carattere istioide, 33 %.

Ma a poco a poco la temperatura si è abbassata definitivamente al disotto dei 37° (vedi grafica 2), e il paziente, uscito dalla malattia molto emaciato, si è avviato alla completa remissione in salute e forze. È uscito dalla Clinica il 17-V-1934.

Caso III. — Letto n. 35. — S. Carlo, di anni 18. Manovale.

Dall'anamnesi famigliare si rileva solo che la madre soffre di coliche gastrice da pregressa appendicite cronica operata. Una sorella colecistectomizzata; un'altra ebbe una pleurite essudativa.

Nulla di notevole nell'anamnesi personale. Soffre spesso di epistassi. Da bambino ha sofferto dei comuni esantemi che il paziente non sa precisare. Dieci giorni prima dell'ingresso in clinica, cominciò ad avvertire forte cefalea con vomito ed epistassi abbondante. Contemporaneamente febbre. Si curò in casa; ma dopo 4 giorni ebbe improvvisamente una forte enterorragia, che si rinnovò dopo pochi giorni. Non avvertì dolori particolari all'addome. Chiese ricovero in Clinica il 19-IV-1934.

All'ingresso condizioni di nutrizione molto scadenti. Sensorio molto depresso. Notevole pallore terreo del volto e pallore delle mucose visibili. La lingua asciutta e fortemente impatinata. Stipsi notevole. Nulla alle linfoglandole esplorabili, tranne lieve micropoliadenia diffusa. Nulla all'apparato respiratorio. Polso piccolo, molle; pressione 120/80, non dicroto, di frequenza aumentata ma non in proporzione con l'aumento della temperatura. Cuore nei limiti; toni netti su tutti i focolai, non rumori o soffi anormali. Albume nelle urine assente; il sedimento urinario è indifferente.

L'esame del sangue dimostra: globuli rossi 3.200.000; globuli bianchi 8900; emoglobina 60 %; valore globulare 0,92. Formula leucocitaria: neutrofili 64 %; linfociti 6 %; monociti 30 %.

Reazioni di Wassermann e di Kahn negative complete.

Reazioni di agglutinazione negative per Eberth, paratifi, coli e melitense.

L'emocoltura in Tarozzi positiva per un diplo-

streptococco Gram +, non emolitico. Si presenta a lunghe catene; non è solubile in bile; non fermenta l'inulina, nè l'esculina. Non dà emolisi nè colore verdeggiante su piastre di agar-sangue. Dopo 3 passaggi perde la morfologia a catene presentando la forma a chicco di caffè. Agglutinato dal siero del malato fino a 1/80. Cresce bene in terreno di Tarozzi e in terreno T.

All'esame obbiettivo dell'addome si nota che il fegato è alquanto aumentato di volume; che la milza deborda di due dita dall'arco costale. Sulla cute dell'addome vi sono varie roseole, di cui una tipica con un piccolissimo punto biancastro mediano. Punto questo con ago sterile e strisciando l'ago su una piastra di agar-sangue si sviluppa l'identico diplococco ottenuto dall'emocoltura.

La palpazione dell'addome è dolente su tutti i quadranti specialmente sui quadranti inferiori. Vi è anche versamento libero. La puntura esplorativa dà esito ad un liquido giallo citrino, abbastanza limpido, con estrema scarsezza di elementi cellulari nel sedimento. Seminato il liquido in Tarozzi si sviluppa un diplococco a cicco di caffè, Gram +, dante emolisi su agar-sangue; non fermenta l'inulina nè l'esculina, cresce bene in agar-bile, in terreno di Tarozzi e in terreno T. Dopo pochi passaggi perde la proprietà emolitica.

Il paziente è curato con autovaccino e con iniezioni endovenose a giorni alterni di urotropina. La febbre accenna a diminuire, ma non a scomparire completamente. Si va alla ricerca di foci. Le tonsille appaiono normali, e anche espresse e massaggiate, non dànno luogo a fuoriuscita di pus, nè a modificazioni nell'andamento della temperatura. Eseguita l'indagine radiografica di denti si nota un grosso ascesso apicale al primo molare inferiore sinistro, e piccoli ascessolini apicali intorno alle radici del secondo molare inferiore di destra. Si estrae il molare di sinistra: il dente estratto sterilmente viene seminato in brodo semplice; nel sangue fuoriuscito dall'alveolo galleggia una grossa goccia di pus. Nei giorni successivi si ha riaccensione del movimento termico; che viene ridotto da continue somministrazioni di autovaccino. Si estirpa il secondo molare inferiore di sinistra: all'estirpazione segue la riaccensione della febbre e che non è frattanto de' tutto domata dalle solite somministrazioni sottocutanee dell'autovaccino. Ricorriamo a iniezioni endovenose giornaliere dello stesso autovaccino: prima 1/2 cc. poi 1 cc. Le iniezioni sono benissimo sopportate, non dànno luogo a brividi e a reazioni scuotenti e debilitanti. Dopo una settimana la temperatura cade completamente e definitivamente al disotto dei 37° (vedi grafica 3), e il paziente, molto denutrito e prostrato, si avvia pian piano alla completa remissione in salute.

CASO IV. — Letto n. 20. Mar. Alfredo. Impiegato. Di anni 18.

Nacque a termine; a 9 mesi polmonite, durata una diecina di giorni. A 7 anni morbillo. A 9 anni fu sottoposto a tonsillotomia perchè soggetto a frequenti angine con fortissime infiammazioni tonsillari, con tale tumefazione da impedire quasi il respiro. Anche negli intervalli fra una tonsillite e l'altra, aveva spesso di notte crisi improvvise di dispnea determinate, a detta del paziente, da permanente ingrandimento delle tonsille. Da allora è stato sempre bene.

La malattia attuale ha esordito alla metà di ottobre 1933; cominciò con uno stato di astenia generale, con fotofobia, con diarree frequenti, cefalea e comparsa graduale di febbre (fino a 38°,5); dolori diffusi a tutto il corpo, con prevalenza al ventre e alle gambe. È stato in queste condizioni a casa fino al 28 ottobre; in quel giorno si fece ricoverare in Clinica.

Obbiettivamente si riscontra pallore diffuso della cute e delle mucose visibili; stato di depressione psichica profonda, lingua impatinata e secca; labbra fuligginose; rare roseole sull'addome; polso molle, dicroto, poco frequente rispetto alla temperatura: 90-95 polsi a 40°-40°,5. Netto gorgoglio ileo-cecale; alvo diarroico senza particolare aspetto delle deiezioni; un giorno ebbe fino a 25 evacuazioni. Milza ingrandita e molle; fegato nei limiti; urine scarse, contenenti albume in piccolissima quantità e qualche cilindro ialino.

La reazione di agglutinazione del siero fu negativa a qualsiasi tasso per l'Eberth, paratifi, coli e melitense. La reazione di Wassermann fu negativa completa.

Globuli rossi 3.500.000; emoglobina 65 %; valore globulare 0,85; globuli bianchi 7500. Formula leucocitaria: neutrofili 45 %; basofili 1 %; monociti 46 %.

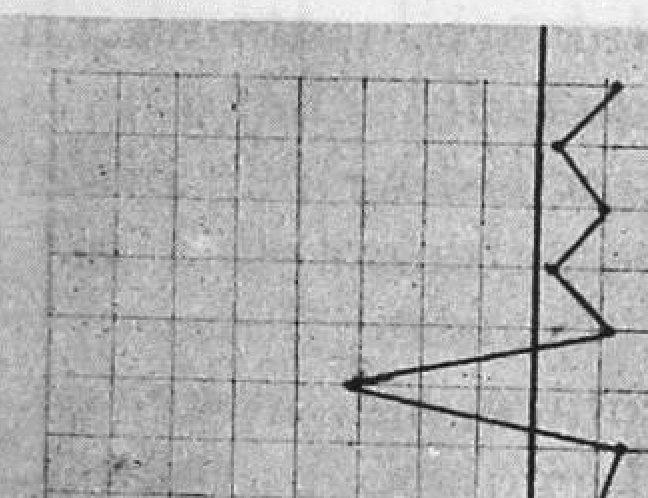
L'emocoltura, fatta in terreno di Tarozzi, dà luogo a sviluppo di cocchi appaiati Gram + di forma rotondeggiante senza capsula, a brevi catenelle di 4 o 5 coppie al massimo. Su piastre di agar-sangue si sviluppano colonie rilevate biancastre, senza alone emolitico, nè alone verde. Crescita rapida. Su agar-semplice colonie rilevate biancastre. Cresce bene su agar-bile. Non fermenta l'inulina nè l'esculina; fermenta il glicosio.

La temperatura ebbe nei primi giorni della degenza in Clinica un decorso irregolare; essendo stata supposta nei primi giorni una infezione eberthiana, il paziente fu curato con antipiretici (chinino) e con bagno caldo raffreddato. In seguito la temperatura assunse un decorso remittente e talvolta intermittente; fu notato che le esacerbazioni serotine erano talvolta precedute da brivido non forte.

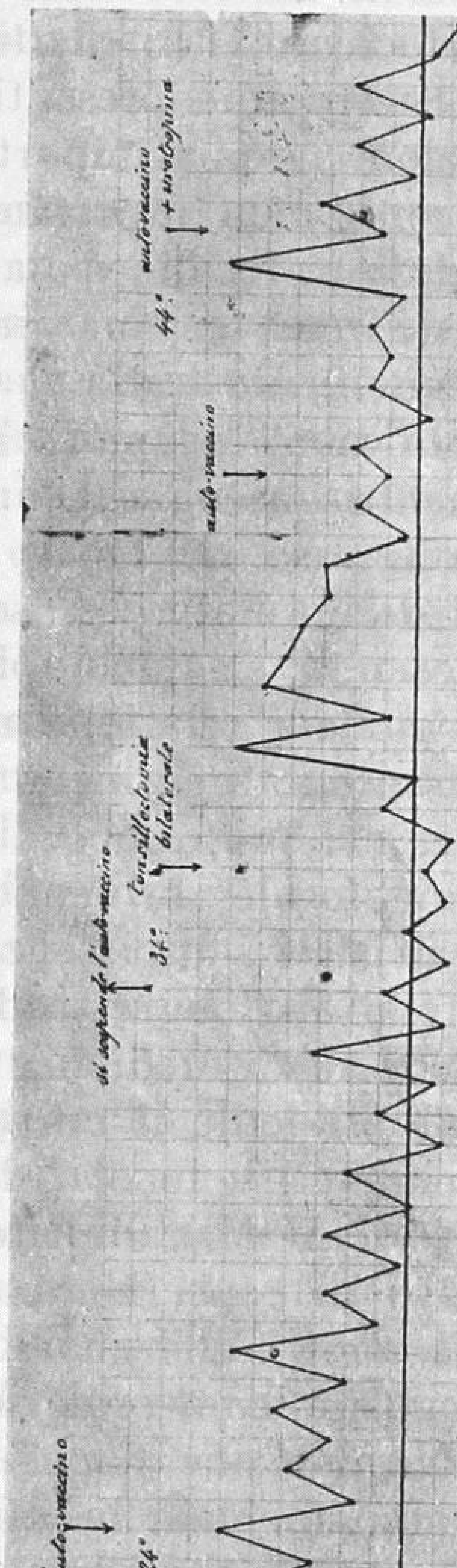
Lo stato del paziente nella prima decade di novembre, dopo circa 25 giorni di malattia, si aggravò notevolmente fino a far prevedere probabile l'obitus. Grave deperimento; grave prostrazione nervosa e psichica; talvolta stato delirante. Polso piccolo, molle, frequentissimo (120/135 pulsazioni al minuto), alvo sempre diarroico; lingua meno impatinata, ma secca, arsa, solcata; labbra e denti fuligginosi.

Si dà inizio alla terapia autovaccinica per via sottocutanea e ad iniezioni endovenose di urotropina e, in seguito, di septicémine. Ma contemporaneamente compare tumefazione dolorosa, che in poco tempo diventa nettamente fluttuante, al polpaccio della gamba destra; si incide e fuoriesce dal gastrocnemio abbondante pus cremoso, un campione del quale prelevato sterilmente e seminato in brodo semplice fa sviluppare un diplostreptococco, con gli stessi caratteri morfologici e colturali di quello prelevato dal sangue.

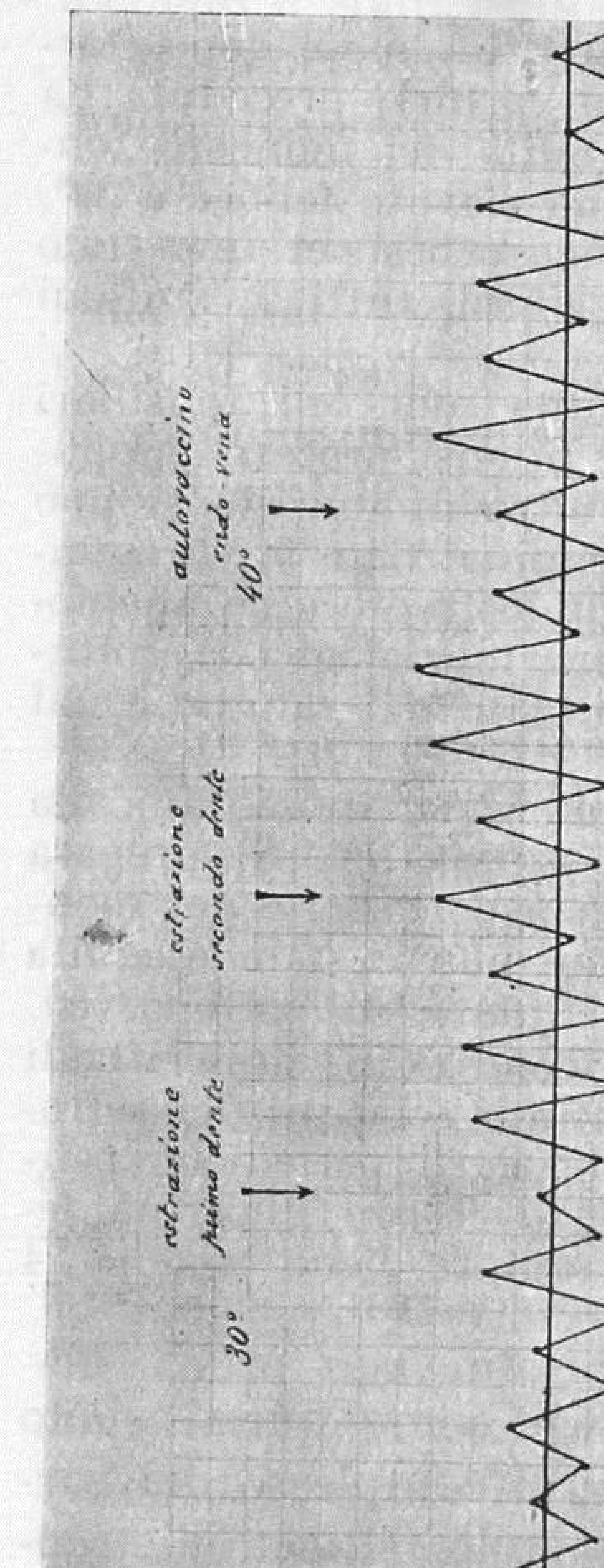
Il paziente comincia pian piano a migliorare;



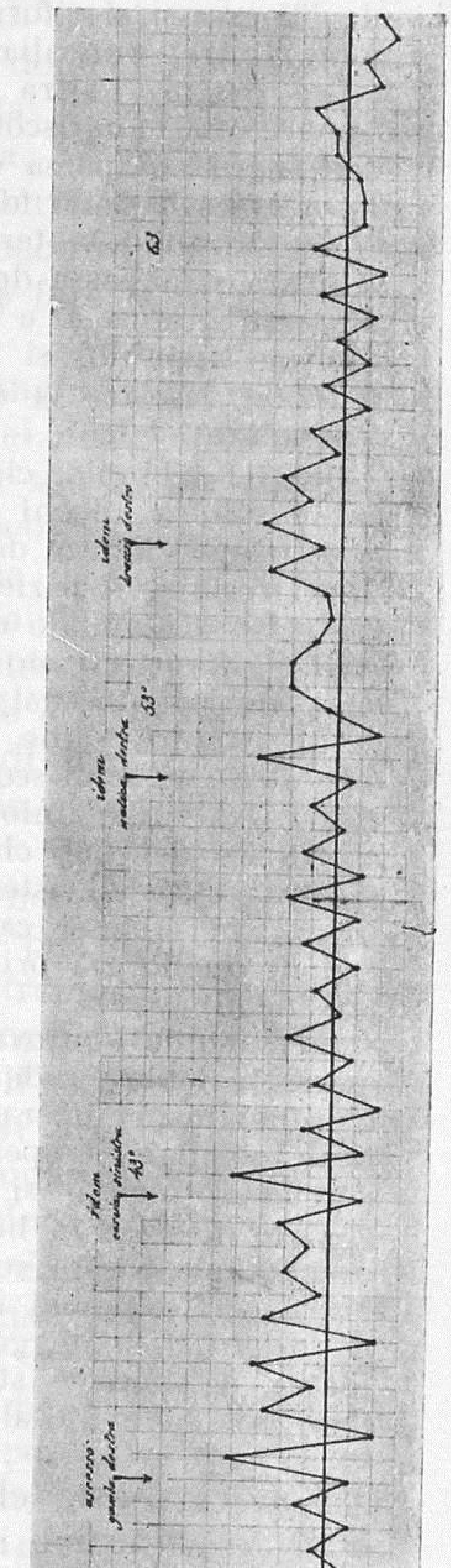
GRAFICA I.



GRAFICA II.



GRAFICA III.



GRAFICA IV.

ma gli ascessi si riformano uno alla volta in numero di tre, uno alla coscia sinistra, l'altro alla natica destra, l'altra al braccio destro. Incisi e drenati, essi guariscono rapidamente.

Ad ogni comparsa di ascesso, lieve e momentanea esacerbazione febbrile. Dopo l'ultimo ascesso, perdurando la terapia autovaccinica, la temperatura si abbassa definitivamente al disotto dei 37° (vedi grafica 4) e il malato, riacquistando un notevole appetito, si rimette rapidamente, tanto da poter lasciare la clinica il 6-I-1934 in buone condizioni.

Ma l'11 febbraio, cioè circa un mese dopo, torna in clinica: pochi giorni prima, preceduta da lieve tumefazione e dolorabilità dei monconi tonsillari residui, il paziente ha riavuto febbre a 39°. L'aspetto del malato depone ancora per uno stato settico, caratterizzato da quasi tutti i sintomi della precedente malattia.

Un attento esame dei due monconi tonsillari dimostra che sono sede di intensi processi suppurativi; tra un nodulo e l'altro di tonsilla si può esprimere del pus che, seminato in brodo semplice dà esito allo stesso diplostreptococco anemolitico, cogli stessi caratteri morfologici e colturali di quello già prima isolato dal sangue e dal pus degli ascessi.

Si riprende l'autovaccinoterapia, in seguito alla quale la febbre cade per rapida lisi. Si prepara l'ammalato per operarlo di asportazione dei monconi tonsillari. L'operazione non è stata eseguita perchè il malato si è rifiutato di sottoporvisi. È stato dimesso in buone condizioni, prescrittagli una terapia basata su continui sciacqui del retrobocca con soluzioni iodiche e su periodiche pennellazioni delle logge tonsillari con glicerina fenicata. D'allora è stato sempre bene e dopo 4 mesi non ha avuto altre recidive.

Non ci consta che casi come questi siano stati descritti, con intero il complesso dei particolari, nella letteratura sulle setticemie streptococciche. Le caratteristiche per cui spiccano sono le seguenti:

1) La loro origine focale.

2) Il tipico inizio a sintomatologia tifoide.

3) La monocitosi con cui si accompagna la malattia, e che in qualche caso può essere imponente.

4) La presenza di fatti immunitari dimostrabili nei sieri di questi malati.

5) La loro curabilità solo con gli autovaccini e con l'escissione del focolaio infettante.

6) La prognosi relativamente benigna, a patto di curare i malati con le norme terapeutiche da noi usate.

Discuteremo una per una queste caratteristiche.

Nei nostri casi è indubbia l'origine focale. Tutte le volte ci siamo assicurati nella maniera più obbiettiva e con i mezzi più scientifici dell'origine focale, seminando il pus del focolaio e ricavandone un germe sempre affine e talvolta identico anche per le più fini particolarità biologiche colturali e morfologiche a quello trovato nel sangue. Conferma ancora l'origine focale di queste nostre forme setticemiche il fatto che talvolta per ottenere l'apiressia e la guarigione definitiva è stato necessario procedere all'allontanamento del focus; e che in un caso non essendo stato allontanato il focolaio, la malattia ha recidivato.

Se teniamo presenti tutte le memorie, le relazioni, i più importanti lavori comparsi sul recente ed importantissimo argomento delle infezioni focali, vediamo che le sepsi non sono state mai, o chiaramente mentovate, o esaurientemente trattate. Così il Rosenow nella sua lista non fa cenno di stati settici, e giustamente Lusena e Chini, nella loro relazione al Congresso di Pavia della Società Italiana di Medicina interna, sospettano che la lista di Rosenow sia incompleta. Lusena e Chini nella già citata relazione non ne parlano e non ne discutono nemmeno sommariamente. Il Pässler nel suo elenco di affezione morbose di origine focale, fa cenno di sepsi criptogenetiche e di stati settici senza più oltre specificare. Lo Stein, al Congresso di Wiesbaden della Società Tedesca di Medicina Interna del 1930, accenna a sepsi lente il cui inizio coincideva con l'accendersi di focolai dentarî. Nello stesso Congresso il Martini riferì sommariamente su un caso di sepsi lenta streptococcica che durava da mesi e che guarì solo con l'ablazione di un focolaio emorroidario che conteneva una piccola raccolta di pus.

Dal focolaio infettivo cronico, nei nostri casi ascessi tonsillari e dentari, passano in circolo ondate di germi che mantengono lo stato settico; questi germi tendono a localizzarsi in determinati organi, specie in quelli costituiti da tessuto reticolo-endoteliale. Tale fatto non è nuovo, se si pensa a ciò che è stato da molto tempo osservato e su cui ancora da parecchi anni ha richiamato l'attenzione il Pende, circa le proprietà endoteliotrope di alcuni germi patogeni. Fra questi germi il Pende ammette il bacillo di Eberth, i paratifi, il micrococco di Bruce, gli streptococchi, il plasmodio della malaria, la leishmania ecc. Il fatto clinico che dimostra l'endotelio-tropismo di questi germi è la splenomegalia, che è costante in tutte le sindromi determinate dai suddetti germi patogeni; v'è poi l'altro fatto clinico che i suddetti germi si possono riscontrare ammucchiati nella milza, da cui possono essere mobilitati in circolo mediante la splenocontrazione. Ora la milza è formata quasi esclusivamente da tessuto reticolo-endoteliale.

Nelle sepsi focali (specie in periodo di acuzie), il germe deve essere reperibile in circolo;

quindi la necessità di praticare una accurata emocoltura per isolarlo ed identificarlo. Ma per le speciali caratteristiche colturali del germe delle sepsi focali (streptococchi, con le loro varianti di diplococco e diplostreptococco) è necessario seminare il sangue in terreni di coltura che permettono una relativa anareobiosi. Il migliore è il brodo di Tarozzi, cioè il brodo comune con un pezzo di organo dentro: cervello o fegato o reni. In genere dopo uno o al massimo due giorni si nota intorbidamento del brodo, in cui è già riconoscibile il germe nella sua morfologia caratteristica, e da cui si possono seminare piastre di agar-sangue per la ricerca della proprietà emolitica.

Ma non sempre in casi di sicura sepsi focale acuta riesce di ottenere dal sangue circolante una emocoltura positiva. Spessissimo, anche seminando con sangue abbondante, l'emocoltura resta permanentemente sterile. Allora è opportuno cercare il germe negli organi dove si accumula; di questi il più importante e il più a portata di mano è la milza.

L'organo, in genere ingrandito, lo si può pungere e si può seminare il puntato in terreno di Tarozzi. Bisogna però badare che chi deve pungere la milza ingrandita in infezione acuta, e quindi molle, con la capsula tesa e facilmente lacerabile, sia abilissimo nell'operazione e valuti bene la capacità del malato di stare assolutamente immobile ed in apnea durante la puntura. Quando queste circostanze favorevoli mancano, ci si può rivolgere alla splenocontrazione, e alla ripetizione dell'emocoltura dopo pochi momenti dell'entrata in circolo del sangue ristagnante nella milza.

Fin'ora è stata largamente adoperata l'adrenalina. Però nel nostro caso essa può dar luogo a notevoli inconvenienti. Non solo la reazione consecutiva all'iniezione può essere troppo forte e pregiudizievole per un individuo in stato di sepsi acuta, ma per la immissione di germi che provengono dalla milza, per l'azione ischemizzante nel punto dell'iniezione, dove si determina in conseguenza un locus minoris resistentiae, si può sviluppare con molta facilità un ascesso da fissazione. Tale evenienza è capitata ripetute volte nella nostra Clinica.

Miglior cosa è quella di farla contrarre perfrigerando la zona cutanea corrispondente all'aia di ottusità splenica. Tale metodo di splenocontrazione è stato già adoperato nella nostra Clinica per primo dal De Flora, con notevoli risultati. Difatti dopo la perfrigerazione se si torna a determinare l'aia di ottusità splenica, la si trova ora più ora meno notevolmente diminuita. Quindi, messo il malato in decubito laterale destro, si determina l'aia di ottusità splenica; poi si manda sull'aia un getto di cloruro di etile per 1 m'; dopo 5 minuti dalla perfrigerazione, constatata la restrizione dell'aia dell'ottusità splenica, si preleva sangue, seminandolo sempre in terreno di Tarozzi e, se si tratta di sepsi, l'emocoltura sarà positiva. Solo così è stato possibile fare la diagnosi nel caso n. 1.

Il germe isolato dal sangue come pure dal focolaio è stato sempre nei nostri quattro casi lo streptococco, ora nella sua forma tipica, a lunghe catene, anemolitico, ora nella forma emolitica, ora nella forma di diplostreptococco, ora infine nella forma di diplococco capsulato. Nel caso N. 3 la stessa forma di streptococco trovata nel sangue è stata trovata nella piccolissima quantità di pus tolto da una tipica roseola sull'addome, seminata su una piastra di agar-sangue.

In quest'ultimo caso è notevole il fatto che mentre dal sangue e dal pus della roseola è stato ricavato un tipico streptococco anemolitico, tipico sia per le proprietà morfologiche che colturali, dal pus dell'ascesso dentario e dal liquido peritoneale (vi era come localizzazione una peritonite essudativa, specie a carico del peritoneo del bacino) è stato ricavato un diplococco a chicco di caffè, con proprietà emolitiche, proprietà che ha perduto subito in seguito ai primi passaggi su piastra. Questo fatto sta a dimostrare come lo stesso germe che causa una infezione possa variare in alcune proprietà morfologiche e colturali, a seconda del tessuto in cui il germe vive e si sviluppa. E confermerebbe le idee e i fatti recentemente sostenuti da Rosenow in America e da Chini e Lusena da noi.

Resta quindi stabilito che, fino a quando non verranno descritti casi simili di sepsi con andamento clinico simile alla tifoide all'inizio, di origine focale, dovute ad altri germi, noi riterremo che solo focolai da streptococchi o da germi con questi intimamente imparentati, siano capaci di dare il quadro clinico da noi descritto.

L'inizio della malattia nei nostri 4 casi fu così uguale al comune inizio di una febbre tifoide, che la gran parte di medici, che avevano visto a casa i nostri malati, hanno in tutti senz'altro formulata la diagnosi di infezione eberthiana e li hanno inviati in Clinica per le cure opportune.

La febbre sale in genere gradualmente, preceduta da pochi giorni di spossatezza, talvolta sino a 39-40°, talvolta con brividi; interviene cefalea più o meno intensa, talvolta epistassi; talvolta come nel caso 3°, enterorragia di una certa intensità. Inappetenza, lingua secca e im-

patinata, alvo talvolta spiccatamente diarroico. La febbre assume ora un decorso continuo lievemente remittente, ora si fa fortemente remittente, in genere con brividi non accentuati. Intanto lo stato del malato si fa più grave, l'aspetto dà subito l'impressione di una grave malattia. Il malato è abbattuto e dorme, ma svegliato risponde subito e giusto.

Dopo i primi pochi giorni compare la splenomegalia molle tipica delle infezioni acute, e dopo qualche altro giorno possono comparire alle solite regioni tipiche roseole, simili in tutto a quelle che si hanno nelle infezioni eberthiane. Qualche roseola presenta dopo qualche giorno dalla comparsa un punticino lievemente biancastro al centro, che punto, e seminato il puntato, dà sviluppo degli stessi germi che circolano nel sangue.

Intanto in qualche caso, tipici il 2° il 3° ed il 4°, vi è una bradicardia relativa, quello che nell'infezione eberthiana si chiama segno di Leube; e in qualche caso v'è netto polso dicroto.

(Continua).

NOTE E CONTRIBUTI

Contributo clinico e medico-legale allo studio dell'atelettasia dei neonati (*)

per il prof. dott. TULLIO LUZZATTI, già aiuto e docente di Clinica pediatrica nella R. Università di Roma.

Sull'atelettasia dei neonati esiste una ricca letteratura, che si trova riassunta in una recente rivista di Farber e Wilson nell'*American Journal of Diseases of Children* (vol. 46, n. 3, 1933). Tuttavia a questo stato dei polmoni del neonato si è data finora una scarsa attenzione, nonostante, completando e correggendo le precedenti, siano state eseguite in questi ultimi tempi delle osservazioni sperimentali, e specialmente istologiche, che ci permettono di trarre alcune considerazioni non prive d'importanza clinica e sopratutto medico-legale.

Avendo avuto occasione di osservare clinicamente l'atelettasia dei neonati e di averne studiato istologicamente due casi alcuni anni or sono, non credo privo d'interesse di portare il contributo, per quanto modesto, della mia esperienza su questo argomento, del quale ho anche fatto cenno nelle mie Lezioni di Patologia e Clinica del neonato. In questa comunicazione mi limito ad accennare nel modo più schematico ai dati di fatto, riserbandomi di darne una più estesa descrizione e la riproduzione dei preparati istologici in una successiva pubblicazione.

È necessario prima di tutto intendersi precisamente sul significato della parola « atelettasia », che vuol dire: incompleta espansione. Poichè è chiaro, che, se si può parlare di vera atelettasia in quei casi, nei quali per varie ragioni avviene un collasso degli alveoli polmonari dopo che questi hanno potuto espandersi in seguito ai primi movimenti inspiratori, non si può dire lo stesso di quello stato, nel quale negli alveoli non è stata ancora immessa aria, come nel feto, nei natimorti, spesso nei neonati prematuri. In questo caso, piuttosto che di una vera atelettasia, si dovrebbe parlare di « persistenza dello stato fetale dei polmoni », sebbene, come vedremo, anche questa denominazione non sia sempre esatta. Tuttavia useremo in ambedue i casi la denominazione d'atelettasia, ormai entrata nell'uso, come tante altre errate denominazioni della Medicina. Ma dovremo precisare i caratteri differenziali fra il parenchima polmonare immaturo, inespanso, perchè non ha ancora respirato, e quello maturo, che ha respirato, ma secondariamente collassato, indice di una vera atelettasia.

I caratteri macroscopici del polmone fetale, del polmone del neonato normale e del polmone atelettasico sono troppo noti, perchè mi trattenga a descriverli. Però, per quanto riguarda il polmone atelettasico, devo ricordare che talvolta all'esame macroscopico un polmone sembra completamente espanso, mentre con l'esame istologico si possono trovare più o meno numerosi aggruppamenti di alveoli rimasti allo stato fetale o secondariamente collassati per riassorbimento dell'aria.

È solo con l'esame istologico che possiamo differenziare precisamente un alveolo, che non ha ancora respirato, da un alveolo, che ha respirato, ma che ha in seguito subito un collasso.

Si comprende intanto l'importanza medicolegale che può avere una tale differenziazione istologica, tanto più che, non solo l'esame macroscopico, ma talora nemmeno la prova della docimasia idrostatica, sono al riguardo sempre probativi.

Ora, le osservazioni istologiche, eseguite con una tecnica esente da critica, come non erano le precedenti, permettono di fare una precisa diagnosi differenziale di questi due tipi di alveoli, in modo da poter prendere sicure conclusioni, sia sulla persistenza d'uno stato

(*) Comunicazione fatta alla Riunione della Sezione laziale della Società Italiana di Pediatria del 2 dicembre 1933-XII.

fetale dei polmoni, sia sull'esistenza d'un'atelettasia vera, sia sulla forma speciale d'atelettasia, che non di rado si osserva nei neonati prematuri.

La caratteristica istologica dell'alveolo fetale è, come è noto, un epitelio cilindrico o cubico, che tappezza in modo uniforme e ininterrotto la parete dell'alveolo e quasi lo occlude, così che la cavità alveolare è rappresentata da una semplice fessura o addirittura non esiste (cavità virtuale). Le cavità, che si osservano nelle sezioni istologiche del polmone fetale, sono date non dagli alveoli, ma dai bronchioli terminali e dai dotti alveolari, lungo i quali si osservano solo agglomeramenti impervi dell'epitelio cilindrico o cubico. Invece l'epitelio alveolare del neonato normale, che ha respirato, è pavimentoso, le cosidette placche respiratorie, disposto in modo irregolare e discontinuo sulla parete, e la cavità una cavità reale.

Alcuni AA. avrebbero veramente osservato negli animali un appiattimento dell'epitelio alveolare fin dall'ultimo periodo della vita fetale.

Così Stewart avrebbe osservato un'imbibizione idropica dell'epitelio dell'alveolo fetale, dovuto ad un'inspirazione intrauterina di liquido amniotico. Quest'imbibizione renderebbe l'epitelio più malleabile, in modo che, sia in seguito a precoci movimenti inspiratori intrauterini, sia in seguito alle prime inspirazioni extrauterine, l'epitelio subirebbe un appiattimento e la cavità virtuale dell'alveolo diverrebbe reale. Questa trasformazione dell'epitelio sarebbe favorita anche da una degenerazione grassosa dello stroma perialveolare, che faciliterebbe l'espansione dell'alveolo e che a mio giudizio è assai discutibile.

Anche Farber e Wilson avrebbero osservato questa imbibizione idropica dell'epitelio alveolare del feto. Però non credono di poterle attribuire un significato fisiologico, non potendone escludere una genesi artificiale per i metodi di preparazione istologica.

Anche Ogawa e Seemann affermano in seguito ad osservazioni sperimentali sugli animali, che l'appiattimento ed una deiscenza del primitivo epitelio avviene già fin dall'ultimo periodo di vita fetale e che in seguito all'espansione inspiratoria extrauterina diverrebbero solo più marcate.

Il meccanismo, ammesso da Stewart, appare veramente alquanto vago. D'altra parte non credo che il feto — in condizioni normali — compia veri movimenti respiratori nell'utero materno, quali sarebbero stati ammessi da alcuni. Pur ammettendone la possibilità (Pestalozza), non si possono certo considerare che come eccezionali, e comunque sarebbero insufficienti a permettere un'aspirazione di liquido amniotico nelle vie respiratorie più profonde e a modificare lo stato degli alveoli non ancora aereati, sia perchè il liquido viene aspirato solo fino alla biforcazione dei bronchi principali e tosto rigettato (Ahlfeld), sia perchè questi movimenti avvengono a glottide chiusa e il liquido arriva tutto al più fino al cavo faringeo (Reifferscheid). Questa opinione è sostenuta anche da ostetrici, p. es. da v. Iacksch, e fra i pediatri da Pfaundler, i quali giustamente osservano, che dovrebbe essere più frequente di quanto sia il reperto di liquido amniotico nelle vie aree più profonde. Così che io ritengo insostenibile l'ipotesi di una modificazione prenatale dell'alveolo nel feto umano normale. A mio avviso, una tale modificazione, e in particolare l'imbibizione idropica, si può osservare nel feto, ma in condizioni eccezionali, anche all'infuori di errori di preparazione istologica. Si osserva p. e. nei feti asfittici od in seguito a parti prolungati; non è dunque un fenomeno fisiologico, pur non potendosi escludere che si possa osservare anche nel neonato normale, nel quale però avrebbe lo stesso significato che ha il turgore, che si verifica in tutti i tessuti durante il parto; sarebbe perciò, come questo, un fenomeno transitorio da stasi sanguigna.

Dunque intanto il reperto istologico di alveoli coi caratteri fetali è un indice sicuro di morte del feto nell'utero materno per cause indipendenti da un'asfissia, mentre il reperto di alveoli espansi, coi caratteri postnatali, è l'indice che il neonato ha respirato.

Tale reperto ci permetterà anche di dedurre, ove gli alveoli non siano collassati, che il neonato è morto dopo la nascita per un'affezione indipendente da un'atelettasia polmonare.

Devesi però notare, che l'espansione postnatale dei polmoni è graduale, come, al contrario gli altri AA., dimostrarono Dohn, Eckerleis, Farber e Wilson, ecc., e che perciò per qualche giorno ancora dopo la nascita si possono osservare aree di alveoli non espansi a lato di quelli espansi. Questo fatto è talvolta dimostrabile anche alla radioscopia e non ha un significato patologico, ove queste aree non espanse siano limitate e non provochino sintomi d'insufficienza respiratoria. Si parla in questo caso d'atelettasia fisiologica del neonato. In tal caso si osserva (talora anche in uno stesso alveolo) a lato d'un epitelio pavimentoso ancora residui del primitivo epitelio cubico. Anzi, come vedremo a proposito dell'atelettasia dei prematuri, a seconda della maggiore o minore attività respiratoria, predomina l'uno o l'altro tipo d'epitelio: un segno che dimostra appunto essere proprio l'espansione dell'alveolo la causa della trasformazione dell'epitelio cubico a pavimentoso.

Ma più importante dal punto di vista medicolegale è la differenziazione istologica fra un alveolo, che ha respirato, ma che secondariamente è stato collassato, cioè la diagnosi differenziale fra l'atelettasia vera del neonato, per sè talora causa di morte, e lo stato fetale dei polmoni.

Questa diagnosi differenziale risulta ovvia da quanto abbiamo già accennato. Infatti l'epitelio pavimentoso di un alveolo, che ha respirato e che secondariamente è stato collassato per riassorbimento dell'aria, non può più riprendere il tipo dell'epitelio cubico dell'alveolo non ancora espanso. È perciò il reperto d'un

epitelio pavimentoso e disposto in modo irregolare e discontinuo sulla parete d'un alveolo *collassato*, ci permetterà di affermare che il neonato ha vissuto, che non si tratta di un nato-morto, ma di un neonato, che ha subita l'azione di un agente atto a determinare un'atelettasia. Nell'alveolo collassato si trova spesso anche una congestione del reticolo vasale perialveolare e in periodi avanzati anche una dilatazione dei bronchioli terminali e dei dotti alveolari, una bronchiectasia atelettasica oppure un'ipostasi od una complicanza broncopolmonitica. Si comprende come tale reperto possa avere un notevole significato medico-legale.

Una speciale considerazione, che ha pure un'importanza medico-legale, si deve dare alle particolarità istologiche dell'atelettasia dei neonati prematuri o debili, nei quali si osserva un tipo d'atelettasia distinto da quello dei neonati a termine.

Come negli altri organi, anche negli alveoli polmonari si osservano nei neonati prematuri o debili segni istologici d'immaturità, variabili a seconda del grado della prematurità o della debilità. Si trovano cioè aree di alveoli non espansi, e quindi a tipo fetale, a lato di alveoli espansi, ma in alcuni punti con residui d'epitelio fetale, ed eventualmente aree di alveoli del tipo dell'atelettasia da riassorbimento d'aria. Si potrebbe parlare in questo caso di un'atelettasia mista.

Negli aborti al disotto del 6°-7° mese non si osservano cavità alveolari, ma solo agglomerati di epiteli a tipo fetale, privi di lume e quindi inespansibili (Farber e Wilson). Veri alveoli si trovano solo al 6°-7° mese, ma non sono ancora espansi o presentano solo una cavità a fessura, per quanto, almeno parzialmente, espansibili (Farber e Wilson).

Non si può dunque nei prematuri e debili parlare di vera atelettasia, perchè queste aree sono anatomicamente e funzionalmente inespanse, nè di uno stato fetale del polmone, nel quale il quadro istologico è più uniforme. Si tratta di aree di parenchima polmonare immaturo, incapace d'espansione attiva per causa del suo incompleto sviluppo, bene differenziabile istologicamente da quello atelettasico. Naturalmente anche nel neonato prematuro o debile si possono trovare anche segni d'una atelettasia vera.

Dunque, riassumendo, si può concludere che dal punto di vista medico-legale:

1) Un epitelio cilindrico o cubico, distribuito in modo uniforme e continuo, in alveoli non espansi, è un segno di persistenza d'uno stato fetale e di morte del feto nell'utero materno per fattori non asfittici.

2) Un epitelio pavimentoso (placche respiratorie) in alveoli espansi, distribuito in modo irregolare e discontinuo sulle loro pareti, è un segno che il neonato ha respirato ed è morto per cause indipendenti da un'atelettasia (asfissia).

3) Un epitelio pavimentoso in alveoli collassati è un segno di atelettasia vera, dovuta a cause che secondariamente hanno impedito l'ingresso d'aria nei polmoni di un neonato, che aveva già respirato.

4) La coesistenza di alveoli immaturi ed alveoli espansi, spesso con residui d'epiteli del tipo fetale, o di alveoli collassati è un segno di prematurità o debilità del neonato. A seconda della prevalenza dell'uno o l'altro tipo d'alveolo, si potrà parlare di morte del prematuro per immaturità degli alveoli o per atelettasia vera secondaria.

Consideriamo ora l'atelettasia dal punto di vista clinico.

La diagnosi generica dell'atelettasia è facile, quando vi sono ampie aree di parenchima polmonare non aereato, rilevabile non solo per i sintomi d'insufficienza respiratoria (asfissia), non solo con l'esame obbiettivo, ma anche, e in special modo, con l'esame radioscopico, che — possibilmente — non si dovrebbe mai trascurare.

L'atelettasia può essere primitiva nei neonati immaturi. Per lo più è secondaria.

Ora, nella pratica è importante riconoscere nei singoli casi il fattore, che ha determinata l'atelettasia, e ciò non solo dal punto di vista prognostico, ma a mio parere anche da quello curativo, come non è stato finora a sufficienza preso in considerazione. Non intendo indicare tutti i fattori, atti a determinare un'atelettasia. Accenno solo che questi si possono riunire in 3 gruppi fondamentali, clinicamente differenziabili, se non sempre con assoluta certezza, almeno con grande probabilità. Trascuro anche di accennare al trattamento generale del neonato atelettasico, limitandomi ad indicare il diverso trattamento che a mio giudizio devesi applicare in ciascuno di questi tre gruppi.

A base di questi gruppi sta sempre un fattore fondamentale, la coesione delle pareti alveolari, dovuta alla secrezione viscida delle vie respiratorie. È stato dimostrato con interessanti esperienze sugli animali da Farber e Wilson e da Hermann, che le vie aree non ancora espanse o collassate oppongono una considerevole resistenza all'ingresso artificiale dell'aria in confronto alle vie aeree già espanse e che è richiesta una pressione relativamente alta per separare le pareti alveolari durante il primo respiro. Il primo respiro deve essere alquanto difficile in ogni neonato, e tanto più

nel prematuro e debili: vigorosi sforzi inspiratori sono richiesti per un periodo variabile anche per vincere questa resistenza opposta dalla coesione delle pareti alveolari. Questa resistenza iniziale del polmone all'espansione è sempre presente ed è la causa dell'atelettasia fisiologica del neonato. Contribuisce inoltre a mantenere l'atelettasia, quando intervengono altri fattori atti a determinarla: si passa allora all'atelettasia patologica.

Ora, questi altri fattori sono:

1) l'ineccitabilità del centro respiratorio bulbare;

2) l'ipotonia dei muscoli respiratori e la gracilità dello scheletro toracico;

3) l'ostruzione delle vie respiratorie per aspirazione di materiale liquido o per compressione esterna.

È possibile la diagnosi differenziale di queste forme ed è il trattamento diverso per ciascuna di esse? La mia esperienza mi permette di dire, fino ad un certo punto, di sì. E si comprende tutta l'importanza pratica di questa questione.

Che l'atelettasia possa essere determinata da un'ipoeccitabilità del centro respiratorio bulbare, è stato dimostrato anche sperimentalmente.

Non è ancora sicuramente dimostrato, se nel neonato asfittico esiste il normale stimolo chimico del centro respiratorio bulbare, che, conforme alle ricerche originali del prof. Baglioni, ormai da tutti confermate, è l'anidride carbonica, che si trova nel sangue in un grado di tensione capace di superare la soglia d'eccitabilità del centro. Secondo alcuni non sarebbe presente, essendo la tensione degli idrogenioni nel sangue asfittico abnormemente bassa (Henderson); secondo altri invece sarebbe quasi normale (Eastman). E questa è la mia opinione. Anzi a me pare logico che nel sangue asfittico la tensione degli idrogenioni deva essere superiore alla norma, come del resto è dimostrato dal valore del pH. Recentemente Gesell, come aveva ammesso anche Heymans, emise l'ipotesi che nei processi metabolici delle cellule nervose del centro bulbare stesso starebbe lo stimolo respiratorio essenziale (teoria dell'automatismo bulbare respiratorio). Comunque, si deva ammettere l'una o l'altra teoria, è verosimile che lo stimolo normale del centro bulbare nell'asfissia del neonato sia sempre presente, ma che il centro respiratorio possa non rispondere ad esso, sia per il suo stato d'immaturità, sia per una sua alterazione patologica (contusione, emorragia, ecc.). Anche la Clinica lo dimostrerebbe.

Lo studio clinico dell'apnea fetale, del primo respiro e dell'asfissia dei neonati può portare a mio giudizio degli importanti dati di fatto sulla ancora dibattuta questione, se l'attività del centro respiratorio bulbare sia automatica o riflessa, sulla quale recentemente è tornato anche Ugo Lombroso.

L'ipoeccitabilità del centro respiratorio è, a mio giudizio, probabile, quando si osserva un respiro interciso del tipo di Cheyne-Stokes o di Biot od attacchi intermittenti di cianosi e di collasso. Un respiro interciso si può osservare con frequenza nel neonato prematuro anche senza sintomi clinici d'atelettasia, ed è appunto l'indice d'un funzionamento ancora imperfetto del centro bulbare. Durante la serie di respirazioni superficiali o di arresti respiratori, dovuti all'ipoeccitabilità del centro, la tensione dell'anidride carbonica nel sangue aumenta fino al momento in cui, superando la soglia d'eccitabilità del centro, provoca le più ampie e profonde respirazioni, durante le quali torna a diminuire la quantità relativa dell'anidride carbonica, cioè la tensione, e quindi anche l'eccitazione del centro, e così via. È lo stesso meccanismo che Murri stabilì nelle sue magistrali lezioni sulla patogenesi del respiro di Cheyne-Stokes nell'adulto.

Ma quando il respiro interciso e gli accessi di cianosi e di collasso, che sono l'indice di un più intenso interessamento del centro bulbare, sono più marcati oppure accompagnati da segni di localizzazione encefalica o midollare, a segni cioè meno spesso di contusione, più spesso di emorragia, rilevabile talora anche con la puntura lombare o con l'esagerazione dei riflessi tendinei, generalmente aboliti o diminuiti nelle forme gravi d'asfissia indipendenti da un'emorragia encefalica, la diagnosi d'atelettasia asfittica da immaturità o da lesione del centro bulbare appare probabile.

In questo caso la prognosi è naturalmente in rapporto col grado dell'immaturità del neonato o con l'entità delle lesioni encefalo-midollari da un lato, e dall'altro con la risposta del centro all'applicazione degli stimoli adeguati.

Dovremo in questa forma ricorrere sempre alla respirazione artificiale (con la tecnica, che indicherò più avanti, a mio avviso la più opportuna ad applicarsi nei neonati) e agli altri noti mezzi di rianimazione. Ma questi generalmente non bastano a salvare il neonato. È proprio in questa forma che ritengo razionale l'uso del cloridrato di lobelina (per iniezione di mmgr. tre), che ha un'azione stimolante elettiva sul centro respiratorio e col quale si sono ottenuti insperati successi.

Non ho alcuna esperienza sull'effetto delle inalazioni di miscela d'anidride carbonica ed ossigeno, recentemente proposta anche pel neo-

nato asfittico e che dovrebbero avere lo scopo di stimolare il centro respiratorio pel contenuto in CO^2 e diminuire le conseguenze dell'anossiemia pel contenuto in O^2. Ma per la ragione, che ho già detta, mi sembra illogico far inalare dell'altra anidride carbonica ad un neonato, il cui sangue ne è già sovraccarico. Eastmann ne avrebbe anzi dimostrata non solo l'inefficacia, ma anche gli inconvenienti, in quanto tenderebbe con l'abbassamento del pH nel sangue e nei tessuti ad aumentare la già esistente acidosi.

Se la puntura lombare, che si dovrebbe sempre fare in simili casi, darà un reperto positivo per un'emorragia encefalica (è da notarsi però che il reperto può essere negativo anche in casi d'indubbia emorragia encefalica), si dovrà ricorrere anche al trattamento a tutti noto per tale evenienza.

L'ipotonia dei muscoli respiratori e la gracilità dello scheletro toracico sono fattori importanti d'atelettasia, e sopratutto fattori importanti della persistenza dell'atelettasia. Si osservano specialmente nei neonati debili.

Oltre che i dati obbiettivi della debilità congenita e dell'ipotonia muscolare e scarsa consistenza delle ossa del torace, osserveremo in questa forma un'accentuata depressione inspiratoria degli spazi soprasternali e intercostali e della base del torace. La retrazione inspiratoria della parete toracica lungo la linea d'inserzione del diaframma è oltremodo attiva. Mentre la funzione del diaframma permane attiva, è d'altra parte insufficiente ad un normale scambio respiratorio, perchè non coadiuvata dall'attività dei muscoli toracici essenziali ed accessori. Anzi, secondo la mia esperienza, il contrasto fra l'attività del diaframma e il silenzio respiratorio all'ascoltazione è, direi, quasi patognomica di questa forma.

In questa, sempre insieme agli abituali mezzi di rianimazione, è dalla prudente e continuata insufflazione d'ossigeno che si potrà ottenere il migliore risultato. L'insufflazione deve essere prudente, sotto bassa pressione, onde evitare la facile rottura dei bronchioli ed alveoli e la produzione d'un enfisema. Meglio ancora che con l'insufflazione, io credo che questi neonati devano essere tenuti a permanenza in un'atmosfera satura d'ossigeno. Ho potuto salvare un neonato prematuro, nel quale era accentuatissima la gracilità muscolo-scheletrica del torace, in questo modo, insieme a delicate manovre di respirazione artificiale. Il metodo di respirazione artificiale meno traumatizzante per questi neonati è quello della compressione e decompressione manuale del torace all'unisono con i movimenti del diaframma e con l'inalazione d'ossigeno.

La continua sorveglianza di una persona competente è indispensabile, perchè con frase espressiva questi neonati, lasciati a sè, si dimenticano di respirare. Il polmone di questi neonati, e quindi la loro prognosi, sta nelle mani di chi li assiste.

L'ostruzione delle vie respiratorie per aspirazione di liquido amniotico, mucosità, sangue, latte (come in una recente interessante osservazione di Patti, corredata dall'autopsia) si presenta all'inizio un quadro identico a quello determinato da un corpo estraneo nelle vie respiratorie. Non vi sono sintomi d'inerzia respiratoria, ma anzi sintomi d'energica attività dei muscoli respiratori essenziali ed ausiliari. Vi è inoltre un'ipofonesi ed una diminuzione od assenza del murmure respiratorio più o meno diffuse, con accentuazione della sonorità e del murmure nel territorio polmonare circostante. A differenza delle altre due forme è più frequente e più marcata nel neonato a termine e robusto che nel prematuro o debile, e se ne comprende la ragione. E perciò, come risulta anche dalla ricca statistica di Farber e Wilson, più facilmente superabile in quest'ultimo che nel primo. Un'atelettasia diffusa da aspirazione nel neonato a termine implica quasi sempre una prognosi infausta, sia immediata, sia per le inevitabili successioni morbose, nonostante i più energici e continuati mezzi di respirazione artificiale e di asportazione del materiale inalato.

L'atelettasia da compressione esterna è eccezionale nel neonato e, se diffusa, per lo più irrimediabile. Arduo si presenta il problema chirurgico. Si deve in ogni modo pensare sempre anche a questa eventualità, se non altro per la prognosi. Un esame obbiettivo completo e minuzioso renderà possibile la diagnosi. E ciò è tanto più giustificato in quanto non mancano forme rimediabili, come l'atelettasia da atresia delle prime vie respiratorie o da abbondanti versamenti pleurici.

L'evenienza più grave e insuperabile è quando queste forme si associano in uno stesso soggetto, come non di rado succede nei neonati prematuri o debili. Ma anche in questi casi sono da tentarsi, e con particolare insistenza specie la respirazione artificiale, tutti i mezzi di rianimazione ed eccitamento a nostra disposizione.

Dal punto di vista clinico dunque si deve concludere che non dovremo mai accontentarci di una diagnosi superficiale, generica d'atelettasia diffusa od asfissia, ma dovremo esaminare il neonato rapidamente, ma minuziosamente e in modo critico in base ai criteri, che ho cercato di brevemente schematizzare.

onde stabilirne la causa e poter forse con un precoce intervento individualizzato avere la soddisfazione di salvare una vita, altrimenti sicuramente perduta.

RIASSUNTO.

L'A. in base a recenti osservazioni sperimentali e microscopiche di Farber e Wilson e alle sue osservazioni, rileva l'importanza medicolegale dell'esame istologico dell'alveolo polmonare nel feto, nel neonato normale, nel neonato immaturo e prematuro e nell'atelettasia secondaria, e ne descrive i caratteri differenziali. Clinicamente distingue un'atelettasia da ipoeccitabilità del centro respiratorio bulbare (per immaturità o lesioni), da ipotonia dei muscoli respiratori o gracilità dello scheletro toracico, da ostruzione degli alveoli per aspirazione di materiale liquido o per compressione esterna. Espone i criteri diagnostici, per mezzo dei quali ritiene che si possa, fino ad un certo punto, differenziare fra loro queste forme, il cui prognostico e trattamento devono essere anche secondo la sua esperienza, diversi per ciascuna di esse.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTI OSPEDALIERI DI MANTOVA
PRIMO REPARTO DI CHIRURGIA GENERALE
Primario: Dott. DARIO MAMBRINI.

Rottura traumatica della milza trattata con tamponamento.

Dott. CARLO CESARE MONTECCHI, assistente.

Pochi sono nella letteratura i casi di rottura della milza in cui il Chirurgo è intervenuto per praticare soltanto il tamponamento. Il Pizzagalli di Milano, circa un anno fa, ne ha comunicato un caso in cui oltre alla lacerazione della milza si aveva anche rottura del rene sinistro. Eseguita la nefrectomia ed il tamponamento della loggia splenica, il paziente, nonostante la gravità del caso, è guarito perfettamente, senza complicazioni nè immediate nè tardive.

Nel marzo ultimo scorso fu praticato nel nostro Reparto un analogo trattamento in un giovane colpito da grave lesione splenica, ed anche in questo — come vedremo più avanti — si è avuta una rapida e completa guarigione. Ho creduto pertanto opportuno riprendere lo argomento, sia perchè la diagnosi di rottura della milza è spesso assai difficile nonostante si siano voluti trovare alcuni segni patognomonici abbastanza probativi, sia perchè il trattamento praticato è stato ed è ancora ripetutamente osteggiato da molti chirurghi i quali vedono solo nella splenectomia la possibilità di ottenere — come dice il Quénu — un'emostasi sicura, completa e definitiva. Lo stesso Pizzagalli, in un lavoro di poco precedente il caso da lui riferito, si era dichiarato in tutto fautore dell'asportazione completa, esprimendosi in modo nettamente contrario alla cura con tamponamento che diceva doversi utilizzare solo come trattamento di necessità, un po' come ultima risorsa. A noi sembra però che in ogni caso, e specie nei soggetti giovani — i quali sono anche fra l'altro i più esposti al trauma — si debba tenere bene presente la enorme importanza che un organo come la milza ha nell'economia dell'organismo, specie in rapporto alla crasi sanguigna.

Può infine riuscire interessante parlare una volta ancora delle lesioni spleniche, poichè esse sono in realtà poco frequenti. Si potrebbe però obbiettare che la loro rarità è in effetto più apparente che reale, perchè quasi tutti gli Autori si riportano a statistiche di Ospedale, ove non giungono quei casi lievi che non danno luogo a fenomeni patologici

importanti se non a distanza di tempo, quando cioè il malato ha perso il ricordo del trauma o per lo meno non pensa più di dovere a quello attribuire la causa dei suoi disturbi. Oltre a questi, numerosi altri casi sfuggono alle statistiche e sono precisamente quei casi di gravissime rotture della milza, seguite da fortissima emorragia che conduce a morte il paziente in pochi istanti, ed in cui non possa farsi l'autopsia. Si pensa spesso allora a tutt'altra causa che a una lesione splenica, e molte osservazioni vanno così perdute. In ogni modo, siano o meno degne di fede le statistiche, mi pare che possa sempre essere utile riprendere argomenti di cui si parla con poca frequenza.

E passiamo per ora all'esposizione del nostro caso (Cart. Clin. N. 224):

P. Aurelio, di anni 29, agricoltore, da Goito. Entra in Ospedale il 20 marzo 1934 alle ore 11,30', esce guarito il 3 aprile successivo.

Diagnosi: Emoperitoneo da rottura traumatica della milza.

L'anamnesi famigliare e quella personale remota sono completamente negative.

Anamnesi prossima: Stamane, mentre nella stalla portava da mangiare ad un cavallo, questo lo colpiva con due forti calci all'ipocondrio sinistro e alla regione dell'anca sinistra. Ha avuto due volte vomito. È portato d'urgenza in Ospedale.

Esame obbiettivo generale: Nutrizione buona; colorito delle labbra roseo.

Apparato circolatorio: Polso abbastanza valido, con ottanta pulsazioni al minuto.

Apparato respiratorio: normale.

Apparato uropoietico: Macroscopicamente le orine non contengono sangue.

Al microscopio non si mette in evidenza alcunchè di patologico, all'infuori di qualche raro cilindro jalino.

Esame obbiettivo della parte malata: Addome avvallato, contratto per accentuata difesa muscolare, specie nei due quadranti superiori dove la pressione suscita dolore, più vivo a sinistra. Non esistono segni di versamento libero peritoneale. Area di ottusità epatica conservata. Alla percussione l'area splenica appare ingrandita.

Alla base dell'emitorace sinistro, sulla faccia antero-laterale, notasi vasta contusione ecchimotica della parete. Altra ecchimosi notasi in corrispondenza della regione trocanterica. La palpazione in corrispondenza della decima e undecima costola e sull'ascellare posteriore provoca dolore vivo e rumore di scroscio osseo.

Operazione (prim. Mambrini), ore 14 del 20 marzo 1934.

Laparatomia. Tamponamento. Aperto l'addome con incisione mediana xifo-ombellicale, si riscontra presenza di sangue nella loggia sotto-epatica e nella regione splenica. Portato l'esame alla milza, si constata che esiste un'ampia spaccatura alla faccia mediale, che arriva fino al margine anteriore; la fenditura è occupata da un coagulo, rimosso il quale si ha modico gemizio. Non essendo la lesione splenica tale da giustificare l'asportazione, si zaffa con una striscia di garza. Per facilitare la vista del campo, si è praticata una incisione trasversale sul lato sinistro della parete addominale. Sutura a strati.

Nel decorso post-operatorio si è osservato un aumento sensibile di temperatura nei primi giorni successivi all'intervento.

Restando nel caso di milze sane, poichè — per quelle malariche specialmente — è già sicuramente accertato come il trauma risvegli gli accessi febbrili, si sono volute dare spiegazioni varie sulla genesi di queste ipertermie che quasi tutti gli Autori hanno osservato. Senza entrare in discussioni dirò soltanto che riscuote i maggiori consensi quella che attribuisce la febbre a fenomeni di riassorbimento.

Tornando al nostro paziente, abbiamo visto come il trauma che ha causato la lesione sia rappresentato dal calcio di un cavallo, trauma davvero considerevole, come d'altronde è necessario per giungere a ledere una milza sana che, per la sua posizione anatomica, è assai bene munita contro gli agenti esterni. E la violenza è quì confermata anche dalla frattura della decima e undecima costola. Oltre la sua situazione profonda dietro la gabbia toracica ed oltre la sua grande mobilità, la milza ha ancora un altro elemento di difesa: cioè l'elasticità di tutti gli organi cavi che la circondano (stomaco, colon, anse intestinali), i quali le formano come un vero e proprio cuscinetto pneumatico che attenua assai ogni traumatismo esterno. Perciò la milza sarà soggetta a subire gli effetti di colpi inferti sul torace o sull'addome soltanto se essi siano di una violenza eccezionale. Infatti fra le cause che possono provocare la rottura dell'organo, oltre il calcio di cavallo — come nel nostro caso e in quello del Pizzagalli — troviamo nelle statistiche colpi di martello (Planson), schiacciamento fra i respingenti di due vagoni ferroviari (Stoccada), passaggio della ruota di un carro sulla base toracica, cadute dall'alto (Mambrini, Stoccada), investimento automobilistico (Lussana), schiacciamento fra un tram e la spranga di un carro (Bagozzi), e così via. Naturalmente queste cause colpiscono con assai maggiore frequenza (circa l'85 % dei casi) individui di sesso maschile, poichè le donne per le loro abitudini e per le loro occupazioni si trovano poco esposte a traumatismi violenti. Tutto questo se l'organo è assolutamente sano e conserva la sua sede, le sue dimensioni e la sua mobilità normale. Poichè nelle milze malate, al contrario, è spesso sufficente un trauma assai più lieve, talvolta addirittura insignificante. Questo si osserva specialmente in casi di individui malarici o tifosi, dove cioè l'ingrossamento talvolta enorme dell'organo di-

stende a tal punto la capsula, da renderla sensibilissima anche a minime variazioni di pressione sia esterne che interne, come nelle cosidette rotture spontanee. In questi casi — ripeto — anche traumatismi insignificanti come un semplice urto, uno sforzo, un colpo di tosse, raggiungono facilmente l'effetto. Si osserva questo oltre che negli aumenti di volume della milza, anche nella perdita della sua mobilità normale per aderenze, perchè l'organo non può così sfuggire agli effetti delle violenze esteriori ed anche perchè in certi stati fisiologici come il riempimento dello stomaco o dell'intestino, e nei movimenti respiratori, queste aderenze producono di per sè stesse sulla milza degli stiramenti che a lungo andare possono produrre lesioni più o meno estese. Fra le altre condizioni che ne aumentano la vulnerabilità bisogna infine ricordare anche le diminuzioni di resistenza della polpa splenica che possono essere date da neoplasie, ascessi, infarti, focolai di necrosi.

Ma le condizioni di diminuita resistenza della milza sono di gran lunga più frequenti ad osservarsi — come ho detto prima — in individui malarici, in cui si possono trovare riunite insieme tutte le cause capaci di rendere l'organo in questione più accessibile e più vulnerabile.

Per quanto riguarda i sintomi che possono indirizzare alla diagnosi ricorderemo sopratutto il segno di Pitt e Ballance il quale consiste in un'ottusità esistente sempre più marcata a sinistra che a destra ove scompare facendo decombere il paziente sul fianco sinistro, mentre nel decubito laterale destro l'ottusità a sinistra permane, dovuta probabilmente alla notevole quantità di sangue coagulato e non spostabile nella loggia splenica. Questo sintomo non era nel nostro malato molto evidente. E nemmeno lo shock, che molti autori affermano di avere costantemente osservato, si ebbe nel nostro caso, come — d'altra parte — non si osservò neppure vomito. Poco manifesti furono anche i segni di versamento ematico libero nel cavo peritoneale, sicchè si giunse alla diagnosi (naturalmente solo di probabilità) in base alla violenza ed alla sede del trauma, all'aumento dell'area splenica, alla difesa muscolare accentuata nei due quadranti superiori, ove la pressione, specie a sinistra, suscitava vivo dolore. Quest'ultimo segno fu costantemente osservato dal Mambrini in tutti i casi presentatisi al suo studio.

In conclusione possiamo dire col Taddei che esiste un insieme di sintomi che considerati separatamente hanno un valore relativamente scarso perchè di difficile interpretazione e perchè riscontrabili nelle più svariate lesioni — traumatiche o no — dei visceri addominali, ma che nel loro complesso e nella loro successione costituiscono una sindrome sufficientemente caratteristica per la diagnosi e per le indicazioni operatorie. Premessa però la incostanza nella presenza dei vari segni, si comprenderà agevolmente come tutti i Clinici siano concordi nel riconoscere le difficoltà talvolta enormi che spesso si presentano per un esatto giudizio diagnostico, potendo esso indirizzarsi verso altre numerose forme di lesioni, specie a carico del tubo digerente o del rene. Ed anzi la frequente concomitanza di esse, oltre ad essere un aggravio notevole per chi deve formulare senza indugio una diagnosi, contribuisce, come anche le contemporanee lesioni del torace o del polmone, a rendere ancora più riservata la prognosi già di per sè gravissima per la emorragia che nelle ferite della milza si produce ordinariamente con un'abbondanza considerevole.

Come regolarsi? Già ho accennato in principio alla tendenza di quasi tutti i chirurghi verso la splenectomia, tendenza che essi giustificano col fatto che solo così si crede di poter avere un'arma sicuramente efficace per l'emostasi. Affermano alcuni che invece il tamponamento, la resezione o la sutura, oltre il fatto di non dare la medesima sicurezza, si prestano anche ad accidenti tardivi; e ad avvalorare questa opinione si sono voluti citare alcuni casi, rarissimi in verità, di inondazione ematica peritoneale fino anche 28 giorni dopo il trauma (Theron Jakson). Però autorevolissimi difensori ha anche il trattamento conservativo, naturalmente applicato non in modo assoluto, ma a seconda dei casi che si presentano; fra essi il Taddei, il Planson, il Pieri, i quali sono d'accordo nell'affermare che la splenectomia deve rimanere un intervento di necessità applicabile solo quando non sia possibile una cura conservatrice, anche se questa richieda in genere un periodo assai più lungo di guarigione e spesso non esente da complicazioni. Io riferirò soltanto i risultati riportati da una statistica francese di qualche anno fa su un complesso di 160 casi. Su 140 splenectomie si ebbero 88 guarigioni e 52 morti, con una mortalità quindi di circa il 37 %. Su quindici tamponamenti 13 guarigioni e due soli morti, con una mortalità del 13 %. Su quattro suture della milza 2 morti e 2 guariti (mortalità 50 %); un'unica legatura del peduncolo condusse a morte il paziente (100 %). Come si vede è proprio il tamponamento quello che ha dato i risultati di gran lunga più brillanti, e — stando alla statistica — sembrerebbe quasi che solo

ad esso si debba ricorrere nelle rotture della milza. Bisogna però ricordare che probabilmente il tamponamento nella maggior parte dei casi è stato applicato su lesioni poco estese. Inoltre il numero di osservazioni di interventi conservativi è ancora esiguo per poter dare un giudizio definitivo; tuttavia diremo che fino ad ora si è con troppa facilità sacrificata la milza, mentre crediamo invece col Planson che la splenectomia totale non debba essere altro che un'operazione di necessità, e che ad essa ci si debba indirizzare solo quando la milza è troppo ampiamente lacerata, oppure ove esistono lesioni multiple aventi sede in diversi punti dell'organo, o dove siano strappati i vasi del penducolo, quando cioè è indispensabile operare rapidamente, costi quel che costi.

Ad ogni modo una cosa è certa: che l'astenersi dall'intervenire al più presto, anche in casi di diagnosi dubbia, non è più giustificato oggi che si è potuta controllare la mortalità altissima (più del 90 %) che dànno le rotture di milza abbandonate a se stesse, mentre d'altra parte le statistiche ci insegnano che la percentuale dei salvati è davvero considerevole (circa il 70 %) quando senza indugio si proceda alla laparatomia.

RIASSUNTO.

In seguito all'osservazione di un paziente affetto da rottura della milza e trattato con solo tamponamento, l'A., valendosi anche di autorevoli statistiche, spezza una lancia in favore della cura conservativa nelle lesioni spleniche di origine traumatica.

Mantova, settembre 1934-XII.

BIBLIOGRAFIA.

BEGOUIN. Compendio di Patologia chirurgica, Vallardi, 1924.
BERGER. Citato da PLANSON.
CAMUS. *Les hématomes intraspléniques et périspléniques*, Ed. Rousset, Paris, 1905.
FUMAGALLI. Atti della Società Lombarda di Chirurgia, n. 1, 1933.
LUSSANA. Ibid.
MAMBRINI. Soc. Ital. di Chirurgia, XXXIII adunanza, Padova, 1926.
PIZZAGALLI. Atti della Società Lombarda di Chirurgia, n. 1, 1933.
PLANSON. *Etude sur les contusions et ruptures traumatiques de la rate*. Ed. Steinheil, Paris, 1909.
QUENU. Citato da LUSSANA.
STOCCADA. Archivio Italiano di Chirurgia, vol. XVI, anno 1926.
TADDEI. Citato da MAMBRINI.
THERON JAKSON. Citato da STOCCADA.

Mantova, settembre 1934, XII, E. F.

SUNTI E RASSEGNE

RICAMBIO.

Ossalemia e ossalaturia in alcune alterazioni del sistema glicoregolatore.

(G. BATTISTINI. *La Clin. Med. Ital.* ott. 1934).

Il problema dell'ossaluria e dell'ossalemia ha un'importanza non solo fisio-patologica ma anche pratica, in quanto particolari indirizzi dietetici e terapeutici possono modificare le turbe che la cosidetta « diatesi ossalica » comporta.

L'acido ossalico dell'organismo animale può avere una triplice origine: esogena, batterica (per fermentazioni intestinali) ed endogena. Recenti ricerche hanno messo in rilievo che i carboidrati, attraverso scomposizioni chimiche, possono generare acido ossalico.

L'A., sulla scorta di questi procedimenti chimici, studia i rapporti tra il metabolismo degli idrati di carbonio e il metabolismo dell'acido ossalico, utilizzando per quest'ultimo il metodo di Merz e Maugeri per il dosaggio nel sangue e quello di Maugeri per il dosaggio nell'urina.

In individui normali ha notato che il ricambio dell'acido ossalico è strettamente legato a quello degli idrati di carbonio, come lo dimostrano diversi fatti: in seguito a somministrazione di glucosio, la curva ossalemica segue parallelamente quella glicemica; l'iniezione sottocutanea di adrenalina porta a iperglicemia e ad iperossalemia, sempre con parallelismo delle due curve; la contemporanea introduzione di glucosio e insulina non determina iperglicemia nè iperossalemia nè iperossaluria.

Normalmente il tasso ossalico nel sangue si aggira dai 3 ai 5 mmg. per 100 e nell'urina dai 5 ai 6 mmg. per 100. Nei diabetici questi valori sono stati trovati dall'A. costantemente aumentati. In diabetici gravi con acidosi, l'A. ha notato valori ossalemici e ossalurici minori che nei diabetici senza acidosi, a parità di valori glicemici, e questo fatto egli spiega emettendo l'ipotesi che sui processi di combustione dell'acido ossalico nel sangue abbia importanza lo stato di acidosi o di alcalosi del sangue stesso.

Nelle forme di diabete lieve ha notato che la semplice soppressione degli idrati di carbonio porta ad abbassamento del tasso ossalemico e ossalurico. Nelle forme di diabete grave trattate con insulina, all'abbassamento della glicemia e della glicosuria ha corrisposto sempre un abbassamento della ossalemia e dell'ossaluria. Sospendendo il trattamento insulinico, conformemente alle osservazioni di Reinwen, l'ossalemia e l'ossaluria sono ritornate ad elevarsi, così come la glicemia.

L'aumento dell'ossaluria nel diabete dovreb-

be quindi considerarsi espressione dell'insufficiente metabolismo dello zucchero, rappresentandone l'acido ossalico un prodotto intermedio.

Anche negli epatici, in cui il tasso glicemico è leggermente superiore alla norma, l'A. ha studiato il comportamento dell'ossalemia: in 10 casi presi in esame (8 cirrosi, 1 epatite luetica, 1 carcinosi) l'ha trovata costantemente aumentata, non solo, ma ha notato che, in seguito a ingestione di zucchero, la curva ossalemica si mostra più alta e protratta, così come quella glicemica. È d'avviso che anche qui l'iperossalemia debba ascriversi al deficiente ricambio idrocarbonato e non, come vorrebbero i sostenitori della sola teoria della genesi intestinale batterico-fermentativa dell'acido ossalico, a una deficiente distruzione di esso da parte del fegato poichè, come in precedenti ricerche l'A., ha dimostrato, anche che l'introduzione del glucosio endovena provoca iperossalemia.

Pertanto, a suo avviso, il termine di « gotta idrocarbonata » attribuito da alcuni Autori alla diatesi ossalica è pienamente giustificato.

M. RASTELLI.

Calcinosi sottocutanea generalizzata e osteogenica dell'infanzia.

(R. TURPIN, M.lle C. BRUN e Ch. O. GUILLAUMIN. *Presse Méd.*, 6 ott. 1934).

Le prime osservazioni di calcinosi sottocutanee si devono a Falloppio e ad Ambrogio Paré. Numerose pubblicazioni apparse in questi ultimi anni ne hanno ricercate le cause e precisati i caratteri. Queste concrezioni possono apparire in diversi momenti dell'esistenza e in circostanze varie. Alcuni autori le classificano in base a criteri chimici, altri in base a criteri clinici. Questi ultimi distinguono le *concrezioni isolate*, caratterizzate da calcificazioni sottocutanee, spesso molto numerose (tipo Cornil-Milian), senza altre anomalie cliniche e le *concrezioni associate* a qualche altra malattia o anomalia (sclerodermia, sclerodattilia, reumatismo cronico, crisi di asfissia locale con o senza atrofia cutanea) di cui hanno spesso valore di segno accessorio. Studi recenti hanno moltiplicato gli esempi di quest'ultimo gruppo.

Gli AA. descrivono un caso di calcinosi associata a infantilismo. La malattia durò 9 anni (dai 5 ai 14) come malattia autonoma, senza sclerodermia e raggiunse una estensione considerevole, interessando gran parte del sottocutaneo, aponeurosi muscolari e territori ghiandolari superficiali. Essi dividono la storia morbosa in 2 periodi: il primo con assenza di segni obbiettivi di calcinosi (febbre improvvisa e tutta la sintomatologia di un processo tossi-infettivo acuto), il secondo con segni obbiettivi di calcinosi manifesta e localizzazione: dermo-epidermica, aponeurotica e ghiandolare superficiale. La morte avvenne per stato cachettico e infezione a punto di partenza cutaneo. Furono trovate numerose anomalie endocrine, a carico della pre-ipofisi (abbondanza delle cellule acidofile), della tiroide (presenza di ammassi epiteliali pieni), delle surrenali (iperplasia, sopratutto fascicolare), dei testicoli (ipoplasia), del timo (atrofia). Si constatò invece assenza di adenoma paratiroideo.

Nella forma di localizzazione aponeurotica, gli AA. hanno notato tessuto osseo neoformato in seno alle raccolte cretacee (prima osservazione del genere) con presenza di ammassi che davano la reazione dei sali ferrici e anche di vere raccolte emorragiche, per cui essi pensano che questa infiltrazione del granuloma calcareo da parte dei costituenti ematici, rappresenti un fattore importante nell'origine del processo di osteogenesi. Inoltre questa constatazione stabilirebbe un legame tra la patogenesi invocata e quella che certi autori sostengono nei riguardi della miosite ossificante.

I tentativi di riproduzione sperimentale non ebbero successo e le analisi batteriologiche diedero risultati contraddittori.

In conclusione, gli AA. pensano che la malattia, iniziata in modo acuto come una dermato-miosite, abbia poi dato luogo a precipitazioni calcaree nei tessuti sede delle primitive lesioni. Discutono i punti di contatto con le sclerodermie complicate a calcificazioni secondarie e con la miosite ossificante; sono inoltre d'avviso che alle alterazioni endocrine riscontrate debba attribuirsi una parte importante non solo per quello che riguarda il formarsi delle precipitazioni calcaree ma anche in rapporto all'evoluzione cachetizzante della malattia e i ritardi di sviluppo corporeo.

È possibile anche, aggiungono, che le diverse calcificazioni scaglionate dal piano cutaneo al piano muscolare non rappresentino che diverse forme topografiche di una stessa malattia; secondo la sede di questa, la calcinosi complicherebbe una sclerodermia, una sclerosi ipodermica, una aponevro-cellulite, una dermato-miosite. Studi ulteriori permetteranno di scoprire le cause di queste calcinosi secondarie e di stabilire in quale misura ciascuna di esse costituisca un'affezione autonoma.

M. RASTELLI.

La sostanza antitiroidea nel sangue dei basedowiani e delle gravide.

(L. HEROLD. *Klin. Woch.*, 1° sett. 1934).

Da quando V. Moebius e Blum dimostravano l'azione antitiroidea del sangue di animali normali, le ricerche dirette all'identificazione della sostanza protettiva hanno assunto un vasto sviluppo portando a risultati concreti e di possibile applicazione pratica. Mercè gli studi di Anselmino e Hoffmann, che sono riusciti a estrarre dal sangue la sostanza antitiroidea con etere, acetone od alcool, si è potuto stabilire la sua natura lipoidea; la sua concentrazione

può essere moltiplicata artificialmente fino a mille di quella normale.

L'attività della sostanza protettiva veniva saggiata sia mediante il « test » dei girini (inibizione di metamorfosi) sia constatando la neutralizzazione che tale sostanza esplica rispetto agli effetti della tiroxina sulla lipasi del siero, sul metabolismo, sulla glicogenesi epatica ecc. È degno di nota che l'azione neutralizzante si manifesta anche nei riguardi dell'attività dell'ormone tireotropo dell'ipofisi.

Servendosi di tali metodi una serie di AA. (Blum, Reid-Hunt, Eufinger ed altri) mettevano in evidenza la scarsezza del principio protettivo nei basedowiani, come anche nelle gravide ed eclamptiche; invece in quantità esuberante esso è stato riscontrato nel sangue dei cretini endemici e degli ipotiroidei. Veniva con ciò dimostrata una stretta relazione fra la funzione tiroidea e la sostanza antitiroidea circolante.

Recentemente l'A. ha voluto tentare il dosaggio della sostanza antitiroidea nei basedowiani e nelle gravide mercè una prova istologica, da lui stesso elaborata. Il metodo di tale prova si basa sul fatto che la somministrazione di ormone tireotropo anti-ipofisario nella quantità di 2,5 unità topo provoca nelle cavie una evidente basedowificazione della tiroide, con un tipico quadro istologico, di cui la rappresentazione massima è data dalla scomparsa della sostanza colloide e dalla proliferazione e trasformazione cilindrica dell'epitelio dei follicoli tiroidei.

Somministrando l'estratto etereo del sangue normale negli 8 giorni precedenti all'iniezione dell'ormone tireotropo si riesce ad impedire la basedowificazione della tiroide, quando la quantità di sangue che serve per l'estrazione è uguale o supera i 20 cc. *pro die*; con tale procedimento la struttura morfologica non viene modificata, presentando la tiroide un aspetto di « riposo ».

Sostituendo al sangue normale quello dei basedowiani non si riesce ad impedire affatto l'insorgenza delle alterazioni caratteristiche; queste compaiono, sebbene in modo meno marcato, anche quando viene adoperato il sangue di gravide al nono mese.

Per dosare la quantità della sostanza protettiva, l'A. ha saggiato gli effetti di maggiori quantità del sangue destinato all'estrazione; ha potuto così constatare che 30 cc. di sangue di gravida *pro die* (cioè una quantità di 1 1/2 superiore alla solita) esplicavano sufficiente azione protettiva. Per ragioni tecniche per i basedowiani tale prova non è stata effettuabile.

Viene così data una nuova dimostrazione del relativo ipertiroidismo delle gravide; e ciò che più importa, una nuova prova segna la possibilità di dosaggio quantitativo della sostanza antitiroidea, di cui l'importanza fisiopatologica è facilmente intuibile.

S. MINZ.

RENI E VIE URINARIE.

Nefrite glomerulare acuta diffusa.

Studio di novantaquattro casi con speciale riguardo al periodo di transizione alla forma cronica.

(F. D. MURPHY, J. GRILL, G. F. M. MOXON. *Arch. of Intern. Medic.*, ottobre 1934).

Negli ultimi quindici anni si sono modificati molti concetti riguardanti le nefriti croniche, mentre relativamente poco si sono studiate le nefriti acute.

Si ammette generalmente che la nefrite cronica sia il risultato di una nefrite acuta che non è guarita. Molte volte però nella storia dei nefritici cronici manca completamente un episodio acuto o anche a volte questo è stato così blando da passare inosservato.

Dopo il periodo acuto, anche se molto blando, c'è un periodo di transizione alla forma cronica in cui il paziente si sente bene e trascura per questo ogni riguardo.

Gli AA. hanno studiato in 10 anni 94 casi. 59 casi (62.7 %) erano fra 10 e 30 anni di età e 35 oltre 30 anni. La mortalità fu del 20 % in quelli di meno di 30 anni di età e del 42 % negli altri. Su 12 malati al di sotto di 10 anni 7 guarirono, 2 morirono e 3 divennero cronici.

Pel sesso ci furono 53 femmine e 51 maschi.

Un tempo si considerava causa più importante di nefrite acuta la scarlattina. Oggi invece in testa alla lista delle cause ci sono il « raffreddore » comune e l'infuenza (27.6 %) e una parte importante ha anche la polmonite.

Negli ultimi anni alcuni AA. hanno insistito sull'importanza etiologica anche della tossiemia gravidica.

La nefrite cronica presenta cinque sindromi classiche: la sindrome urinaria, l'ipertensione, l'edema, la ritenzione azotata e l'uremia

In tutti i casi la sindrome urinaria era presente. In nessun caso gli AA. videro l'ipertensione, l'edema e l'uremia precedere l'albuminuria, come ha sostenuto il Kylin. A volte la sindrome urinaria è la sola manifestazione della malattia.

La quantità di albumina e l'ematuria variano molto da caso a caso e nello stesso malato da giorno a giorno.

L'ipertensione era presente in 74 casi (78,7%). La persistenza dell'ipertensione o il suo innalzarsi dopo scomparsi gli altri sintomi è segno sfavorevole ed indica una nefrite non guarita.

A volte insieme all'ipertensione si hanno modificazioni del fondo dell'occhio. (7 casi soli videro gli AA.).

In 15 casi su 94 si ebbe insufficienza miocardica e 3 dei 27 morti, morirono per insufficienza cardiaca. L'insufficienza del ventricolo sinistro si associò qualche volta ad ipertensione eccessiva e convulsioni.

In un caso mortale non c'era ipertensione, ma solo insufficienza cardiaca.

Tutti i malati che ebbero uremia a tipo con-

vulsivo presentavano ipertensione prima delle convulsioni; l'associazione costante di ipertensione e convulsioni fa pensare ad un rapporto di causa ed effetto.

L'edema non fu mai una complicazione grave e si ebbe nel 65.9 % dei casi. Si ebbe nel 68.09 % dei casi che guarirono, nel 75 % di quelli che si cronicizzarono e nel 55.5 % di quelli che morirono. Non c'era nessun rapporto fra edema e prognosi.

Non ci fu nemmeno un rapporto fra quantità della proteina plasmatica e edema.

In 72 casi fu fatta la colesterinemia; in 18 casi essa fu superiore a 200 mg. Non c'è stato nessun rapporto fra colesterinemia e morte. Nel gruppo di quelli che si cronicizzarono fu notata tendenza della colesterinemia ad aumentare gradualmente.

Nel 71.2 % dei casi ci fu ritenzione azotata.

Ci fu uremia nel 29.7 % dei casi (in questo gruppo è compresa l'uremia detta vera, e quella falsa o convulsiva).

Le cinque sindromi classiche si hanno tanto nelle forme acute che in quelle croniche. Tutte, meno che quella urinaria, possono mancare.

Periodo di transizione. — Quando è passato il periodo acuto (il che succede per lo più entro le 6 settimane) sorge il problema se la nefrite è guarita completamente o se andrà verso la cronicizzazione.

Gli esiti della glomerulonefrite acuta possono essere: la morte, la nefrite cronica, la guarigione e la presenza di albuminuria senza altri sintomi.

La gravità dell'affanno acuto non ha nessuna importanza per il decorso successivo.

Il destino del malato si decide nel periodo che va o verso la guarigione o verso la cronicizzazione. I saggi funzionali, quali quello della fenolsulfonftaleina e il grado di ritenzione azotata non sono di grande aiuto per risolvere questo problema prognostico. Il giudizio diviene più facile col confronto dei vari saggi: pressione, sedimento urinario, anemia, proteine del plasma, prova della diluizione e della concentrazione. La massima importanza hanno l'urea clearance e la velocità di sedimentazione delle emazie.

L'elevazione della pressione indica lesione non guarita; però la pressione normale non significa guarigione della lesione.

La diminuzione graduale dell'albuminuria indica tendenza alla guarigione (però anche questo è un segno a volte infido). Lo stesso si può dire del numero delle emazie e dei cilindri nel sedimento.

L'anemia al di sotto di 3.500.000 di eritrociti indica un progressivo affaticamento del rene.

Una caduta delle proteine del plasma indica lesione renale progressiva.

Molto attendibile è la prova della concentrazione e della diluizione di Volhard, ma la prova migliore è quella dell'urea clearance.

In nessuno dei casi che poi divennero cronici l'urea clearance fu normale, in quelli che guarirono si ebbe tendenza dell'urea clearance ad aumentare.

La velocità di sedimentazione delle emazie non è stata di aiuto decisivo nella diagnosi di tendenza alla cronicità.

L'esame accurato del nefritico con tutte le prove di funzionalità renale è indispensabile per essere certi che la malattia sia guarita, e per poter evitare la cronicizzazione o per lo meno il peggioramento dei casi che diverranno cronici.

R. LUSENA.

Il trattamento del morbo di Bright cronico.

(J. P. O'HARE. *Journ, Amer. Med. Assoc.*, 3 nov. 1934).

Il termine di morbo di Bright cronico include tre malattie: la glomerulo-nefrite cronica, la nefrite vascolare cronica e la nefrosi cronica; l'A. considera però le prime due come una sola malattia, la nefrite cronica con ipertensione

La terapia di questa malattia è, più o meno, standardizzata ed è descritta dovunque. Basterà quindi indicare i principî generali, insistendo su alcuni particolari di speciale importanza.

Le linee direttive del trattamento sono:

1) mantenere in buone condizioni l'intero organismo;

2) eliminare tutte le tossine che passando attraverso il rene possono aumentarne le lesioni; ciò significa tentare di sradicare ogni sorgente d'infezione. Non basta, per questo, pensare ad interventi chirurgici, alle tonsille, ai denti, ma cercare di evitare più che sia possibile le infezioni intercorrenti e curarle al più presto, aver cura dell'intestino e somministrare una dieta tale che non affatichi troppo il rene con i suoi prodotti di escrezione;

3) riconoscere prontamente e trattare in conseguenza tutti i segni morbosi del paziente.

Della massima importanza è la dieta, che deve bilanciare la quantità di cibo, la capacità del rene di espellere i prodotti ed i bisogni generali dell'organismo.

Il rene ha un'enorme capacità di riserva, sicchè non è necessario nè desiderabile una grande restrizione di dieta nei primi stadî della malattia; basterà evitare un eccesso di proteine, di sale e di liquidi: carne o pesce una volta al giorno, nessuna aggiunta di sale al cibo che viene in tavola, liquidi limitati a circa due litri. Maggiori restrizioni si faranno con il progredire della malattia, guardandosi però dal limitare troppo le proteine. In qualche condizione si ricorrerà alla dieta di Karrell, con bassissima razione di proteine, però tenendo presenti gli scopi ed i pericoli che essa presenta. La si darà per il minor tempo possibile, ritornando poi al regime basico dietetico.

Per quanto è possibile, si darà una dieta mista, con sufficienti calorie e circa un grammo di proteine per kg. di peso; la quantità totale del sale sarà di 3-5 grammi. La quantità di liquidi può aumentare gradatamente e cautamente con il progredire dell'insufficienza renale, fino a circa 3 litri. Tale aumento corrisponde alla poliuria, che permette di espellere in condizioni di diluizione delle sostanze che non possono venir secrete concentrate.

Quando lo scompenso renale aumenta e compaiono dei definiti segni di uremia, la terapia si fa difficile e poco soddisfacente ed è necessario scegliere fra i diversi mali. L'eccessiva restrizione di proteine allo scopo di diminuire il carico renale fa sì che i tessuti del paziente subiscano una degradazione e ne risulti la tossiemia. La somministrazione di forti quantità di liquido affatica il cuore; il vomito provoca la perdita di cloruri e provoca sintomi per tale causa; incidentalmente, i cloruri del sangue sono spesso scarsi negli ultimi stadî anche senza vomito, per cui può essere necessaria l'introduzione di sale per bocca o per clistere.

Particolarmente difficile è il caso quando il paziente vomita. In tali condizioni, è bene che si somministri un'adeguata quantità di liquido sotto forma di soluzione salina o glucosata, somministrata endo vena, sotto cute o per il retto. In queste condizioni, è consigliabile accedere ai desideri del paziente per quanto riguarda la dieta, pure incoraggiando quella essenzialmente a base di carboidrati; in seguito, cessato il vomito, si ritornerà alla dieta consueta.

Il resto del trattamento della nefrite cronica ipertensiva è puramente sintomatico. Nessuna terapia vale a vincere l'anemia; anche il carbonato ferroso (pillole del Blaud) si mostra inefficace. forse per difetto di assorbimento; l'A. consiglia di darlo a dosi di 65 cg. prima dei pasti. Le trasfusioni di sangue hanno effetto soltanto transitorio.

Parecchi dei sintomi cerebrali che si hanno nell'uremia sono dovuti all'assorbimento da parte del crasso di fenoli e cresoli tossici: l'unico rimedio, in questi casi, è quello di dare spesso dei purganti salini o dei clisteri. Altre difficoltà si hanno per lo stato di esaurimento del paziente, oppure per il bisogno di dare dei calmanti, fra cui l'A. dà la preferenza a quelli della serie barbiturica ed al cloralio.

Negli attacchi convulsivi, si darà del solfato di magnesio (endomuscolare od endovenoso) della morfina, del glucosio endo vena ed eventualmente si ricorrerà alla puntura lombare. Contro il prurito, nulla di meglio che le spugnature con aceto o con soluzione di acido acetico. Nella somministrazione di medicamenti, si tenga presente che quanto più marcata è l'insufficienza renale, tanto più a lungo sono trattenuti i medicamenti stessi nell'organismo; il loro effetto è, quindi, più pronunciato e più prolungato.

Della massima importanza per un'efficace terapia è il tener presente che la nefrite cronica ipertensiva non va considerata soltanto come una malattia renale e che i disturbi di altri organi sono molto più gravi e richiedono maggiore attenzione che quelli del rene. Il pratico che consideri soltanto il rene avrà la sgradita sorpresa di vedere morire improvvisamente il malato per un attacco cardiaco od un'emorragia cerebrale, accidenti che vanno evitati o ritardati il più possibile.

Spesso accade che un rimedio che sarebbe adatto per i reni sia invece dannoso per il cuore. In parecchi casi, l'A. ha veduto sopravvenire l'edema polmonare in individui a cui erano state somministrate troppo grandi quantità di liquidi o prescritti dei bagni caldi; anche i purganti eccessivi possono esaurire il paziente e dare uno scompenso cardiaco.

Un altro punto che può essere pericoloso è l'esagerazione della terapia. Per esempio l'eccessiva restrizione della dieta; un tempo si tenevano i pazienti ad una bassissima razione di proteine per lunghi periodi, basandosi sulla teoria che i reni dovevano essere risparmiati. Ora la Sister Mary Victor, della Clinica di Mayo ha dimostrato che qualsiasi dieta contenente meno di 40 grammi di proteina fornisce un insufficiente apporto di minerali; quelle di 40-50 contengono insufficiente fosforo e ferro; soltanto quelle di 60 grammi corrispondono ai bisogni dell'organismo in questo senso. Ciò non significa che non si debbano mai prescrivere delle diete a bassissimo contenuto in proteine, ma soltanto a brevi periodi e con piena conoscenza dei possibili svantaggi.

La nefrosi lipoidica cronica.

Il trattamento di questa malattia è assai meno soddisfacente che quello della nefrite cronica ipertensiva e soprattutto dà risultati molto variabili, talvolta eccellenti, ma senza rapporto con la terapia usata. L'A. riporta, a questo proposito, dei casi interessanti. In un paziente notevolmente edematoso, egli aveva prescritto delle iniezioni endovenose glucosate ed osservò con soddisfazione il giorno dopo che la quantità di urina era raddoppiata, ma fu poi assai sorpreso di sentire che, per un errore, le iniezioni non erano state fatte. In un altro paziente, si erano tentate inutilmente per 3-4 mesi tutte le terapie. Un bel giorno, egli consiglia l'estrazione di due denti che potevano costituire i focolai d'infezione. Due giorni dopo, si estraggono e la diuresi si stabilisce in modo che in qualche settimana, il paziente non aveva più edemi. Successo per il dentista; ma si deve tener presente che la diuresi si era già stabilita il giorno prima dell'estrazione.

Qualche altra volta, il trattamento che dapprima era stato efficace rimane inutile.

Importante è la somministrazione di sufficienti quantità di proteina che, nella dieta di Epstein, arrivano a 100-150 grammi al giorno

per 2-3 settimane, dopo di che, si ritorna ad 1 grammo per kg. oltre alla quantità perduta giornalmente con le urine. La dieta deve essere ipoclorurata e la quantità di liquidi limitata a 1000 cmc. o meno; Volhard, nei casi in cui l'urina emessa non supera i 300-500 cmc. consiglia di dare una quantità di liquidi corrispondente all'urina emessa.

Non sempre, però, la dieta ad alto contenuto proteico è capace di fare sparire gli edemi; si deve allora ricorrere ad altre forme di terapia. Inutili sono gli estratti tiroidei vantati da Epstein, mentre invece l'A. ritiene molto giovevoli il diuretico mercuriale — salyrgan — da darsi a dosi di 1-2 cmc. endo vena od endomuscolare. Sembra che esso agisca meglio quando vi è uno stato di acidosi, sicchè si consiglia di somministrare giornalmente 8-12 grammi di cloruro d'ammonio. L'inconveniente del salyrgan è quello di trombizzare la vena, mentre dato per iniezioni endo-muscolari non è altrettanto attivo.

Altri diuretici da prendersi in considerazione sono: l'urea (20-100 g. al giorno), il cloruro di calcio (8-12 g.) ed il cloruro di potassio (2-5 g.).

L'A. ha trovato utile il mantenere alcalina l'urina mediante somministrazione di soluzioni concentrate di citrato di potassio e bicarbonato, o di sodio; invece non ha ottenuto risultati favorevoli con la dieta a ceneri acide (dieta a ceneri neutre più acido cloridrico).

Sono da considerarsi anche le ripetute trasfusioni (che ridanno prontamente delle proteine e ristabiliscono la tensione osmotica) e le iniezioni endovenose di gomma arabica al 30 %.

Quando il liquido si accumula in cavità, se ne farà l'estrazione; alle gambe si potranno applicare i tubi di Southey, tenendo presente il pericolo di infezione locale, specialmente erisipela.

Risultati brillanti si ottengono nella nefrosi lipoide sifilitica, con il trattamento specifico e la dieta ad alto contenuto proteico.

Negli stadî iniziali della nefrosi complicante la nefrite glomerulare cronica, quando la funzione renale è buona, si potrà mettere in opera il trattamento descritto; ma si andrà molto cauti quando la funzionalità renale incomincia a cedere. In tal caso, la dieta ad alto contenuto proteico potrebbe aumentare l'azotemia, sicchè la quantità di proteine deve essere mantenuta bassa. Fortunatamente, a questo stadio, col progresso della glomerulo-nefrite, gli edemi tendono a scomparire; in questa malattia, i diuretici non sono molto efficaci ed inoltre sono seguiti da diminuzione della diuresi e da segni di irritazione renale. *fil.*

Contributo all'anestesia uretro-vescicale.

(WUGMEISTER. *Urologia*, 1° settembre 1934).

Se l'anestesia della mucosa uretrale è consigliabile per il buon uso di strumenti endoscopici essa si rende indispensabile negli interventi operativi da praticarsi per le vie naturali.

L'estensione delle indicazioni operatorie per via endoscopica rende necessaria l'anestesia delle vie urinarie basse non solo per la introduzione indolore degli strumenti, ma sopratutto per praticare con tutta calma gli interventi a volte di lunga durata.

L'A. sconsiglia l'uso della cocaina per la sua tossicità, ed è contrario all'uso dei suoi succedanei (novocaina, stovaina, alipina, psicaina ecc.) perchè quasi tutte riescono tossiche se adoperate alla concentrazione anestetizzante.

Fra i vari prodotti esperimentati per l'anestesia uretro-vescicale l'A. ha riscontrato i maggiori vantaggi colla percaina sia per le sue virtù anestetiche, che per la possibilità di usarla in concentrazione molto debole. Ha esperimentato diverse soluzioni di essa, con l'aggiunta o meno di adrenalina ed ha trovato l'*optimum* nella soluzione al 2 ‰ senza adrenalina. La dose abituale per l'anestesia uretro-vescicale è di 30-35 cc.

La soluz. sterile dev'essere conservata in flaconi di vetro neutro, dove può rimanere per diecine di settimane. Se si forma un leggero precipitato bianco è sufficiente aggiungere una goccia di ac. cloridr. per rendere alla soluzione la sua limpidezza.

L'A. detta la tecnica dell'anestesia, ricorda che essa riesce più rapida e forse più prolungata se si ha l'avvertenza di riscaldare la soluzione fino alla temperatura del corpo.

Nei casi nei quali l'urina è fortemente alcalina è necessario, per evitare la precipitazione della percaina, praticare prima dell'anestesia un lavaggio uretro-vescicale con acqua leggermente acidificata con qualche goccia di ac. cloridr. diluito.

È proscritta l'anestesia locale nei malati che presentano emorragia.

L'A. riporta una statistica di 132 casi trattati in anestesia locale alla percaina, lamentando solo in un caso qualche inconveniente transitorio e di brevissima durata.

SCANDURRA.

OTO-RINO-LARINGOLOGIA.

L'esame di orecchio, naso e gola e relativi mezzi ausiliari.

(W. UFFENFORDE. *Deut. Medizin. Wochenschr.*, 9 nov. 1934).

Il setto nasale nel 60 % dei casi non è perfettamente mediano: si sia quindi cauti nel sopravalutare l'importanza di deviazioni del setto. Solo le deviazioni in cui vi è contatto con la parete laterale, provocano stati irritativi e vanno opportunamente operate. L'esame con la sonda permette di riconoscere le tumefazioni dei turbinati: particolarmente ci interessano le tumefazioni della estremità posteriore del turbinato inferiore. Importa di distinguere le tumefazioni puramente vasomotorie da quelle orga-

niche, produttive: le prime regrediscono prontamente sotto l'azione dell'adrenalina. Merita speciale attenzione il meato nasale medio: se questo non è abbastanza bene visibile ed esistono i segni di una affezione dei seni, si infrangerà con il lungo speculum nasale, il turbinato medio. Questa « riconoscopia media » ha un grande valore terapeutico, perchè facilita il deflusso del secreto dalle cavità accessorie. La rinoscopia posteriore permette di osservare la regione degli ostii delle cavità accessorie posteriori superiori (tumefazione, deflusso di secreto), le coane, il cavo faringeo e gli sbocchi delle tube. Per ricercare eventuali affezioni delle cavità accessorie è molto utile la transilluminazione dei seni mascellari dalla bocca, con il nuovo diafanoscopio. Solo in singoli casi si ricorrerà invece alla antroscopia, cioè alla esplorazione del seno mascellare con una minuta lampadina elettrica, introdotta nell'antro attraverso un'apertura da tre quarti.

L'esame radiologico può dimostrare alterazioni patologiche in forma di ombre anormali o di un offuscamento della trama dei seni: processi infiammatori, corpi estranei, tumori possono venir svelati. Le alterazioni nell'ambito dei seni accessorii posteriori, e della cavità media del cranio appaiono meglio nelle proiezioni assiali, le alterazioni dei seni mascellari in proiezione occipito-frontale con il mento addotto, le alterazioni dei seni frontali, se si premono il naso e il mento sulla lastra.

Se i segni indicanti una infiammazione dei seni non regrediscono con una semplice terapia, o se dei disturbi molesti impongono di veder chiaro nella situazione, si pungerà e si laverà il seno mascellare dal meato nasale inferiore o anche dal medio. La diagnosi è chiara senz'altro se si svuota del pus o del muco; in caso contrario è opportuno iniettare nel seno jodipina al 20 % e quindi eseguire una radiografia. Se la jodipina riempie tutta la cavità, questa è sicuramente sana; in caso contrario le modalità di riempimento potranno indicare una infiammazione sierosa con ispessimento poliposo della mucosa, o la presenza di un tumore, oppure di una cisti dentaria radicolare.

Il laringe si ispeziona con lo specchio apposito: per fare apparire più l'una o più l'altra formazione, si dispone lo specchio più orizzontalmente o più verticalmente nel faringe, si flette o si estende la testa del paziente, od anche si esercita una pressione laterale dall'esterno sul laringe. Un'affezione laringea che il medico pratico difficilmente diagnosticherà a tempo, è il carcinoma: e in questi casi solo una diagnosi precoce può salvar la vita al paziente. Si ricorra quindi allo specialista in tutti i casi sospetti, e soprattutto, nelle raucedini prolungate di persone in età.

Sarà bene che il medico pratico eviti di sondare o di introdurre strumenti nel meato uditivo. La pulizia del canale e l'estrazione di corpi estranei vanno fatte solo praticando degli schizzetti di acqua a 37°, sempre che non esista una perforazione del timpano. La otoscopia deve essere familiare al medico pratico, tanto almeno da saper distinguere i reperti normali dai patologici, le infiammazioni in atto dai loro relitti, le forme lievi da quelle gravi. Si presta bene a tale scopo la distinzione in forme meso-, epi- e retrotimpaniche. Nella prima forma si vede protrudere tutta la membrana del timpano uniformemente tesa ed arrossata. Nelle suppurazioni croniche si vede anche una perforazione nella parte tesa del timpano, mentre è conservato l'*annulus fibrosus*. Nelle forme epitimpaniche le protrusioni sono circoscritte alla parte posteriore, e presentano propaggini; la perforazione è localizzata nella membrana di Shrapnell oppure vicino al margine, in alto posteriormente. Il margine connettivale è andato distrutto, a questa forma si associa spesso il colesteatoma, riconoscibile facilmente anche per il fetore e le lamelle epidermiche. Nelle forme retrotimpaniche si osserva la procidenza della parete posteriore superiore del condotto uditivo: per lo più si ha allora anche una dolenzia e tumefazione del processo mastoideo.

L'esame dell'apparato dell'equilibrio si basa soprattutto sul nistagmo. Il nistagmo vestibolare consta di una componente rapida e di una componente lenta; se esso si manifesta spontaneamente nello sguardo laterale estremo di tutti e due i lati, esso indica una irritabilità nervosa generale. Se si fa fissare un dito situato lateralmente, a distanza di mezzo metro, dopo qualche tempo compare il nistagmo in tutti gli individui: nistagmo da affaticamento. In casi di lesioni del labirinto si manifesta un nistagmo verso la parte ammalata, quando è conservata la eccitabilità nervosa, verso la parte sana quando i processi patologici hanno abolita la eccitabilità. A volte il nistagmo è verticale, esso si deve allora riferire a processi che non colpiscono l'intero nervo, ma solo le fibre verticali. Il nervo dell'equilibrio è particolarmente sensibile alle prove caloriche: se si introduce nel condotto uditivo una quantità di 5-20 ccm di acqua a 20°, si determina in condizioni normali un nistagmo verso la parte opposta. Gli altri metodi di esame del labirinto vanno riservati allo specialista. R. POLLITZER.

La tubercolosi dell'orecchio medio e della mastoide.

(ROSS SOUPER. *Edinb. Med. Journ.*, marzo 1934).

L'A. ricorda come la tubercolosi dell'orecchio medio e della mastoide, rara nell'adulto, sia invece frequente nell'infanzia, tanto più quanto più giovane è l'età; al punto che — secondo Turner e Fraser — quanto più piccolo è il bambino tanto più un'otite media sarebbe sospetta di tubercolosi.

La statistica personale dell'A. riguarda 39 bambini (da pochi mesi a 12 anni di età) e 3 adulti.

L'otite ha inizio insidioso, nella grande maggioranza dei casi; e la comparsa di una secrezione purulenta è spesso il primo sintoma che rivela la malattia; altre volte sono l'impegno mastoideo o la paralisi del facciale che attirano l'attenzione.

La perforazione della membrana del timpano è frequente, benchè non patognomonica; frequenti sono anche le granulazioni da carie dell'osso.

Il secreto — almeno all'inizio — è acquoso e fluido; ma in seguito per l'aggiungersi dei piogeni, diventa fetido, spesso sanguinolento, e francamente purulento; la dimostrazione batterioscopica del b. di Koch è di solito difficile.

Tipico è il precoce impegno delle ossa; la paralisi del facciale è talvolta un sintoma precoce, dovuto appunto all'erosione del temporale; ma può dipendere anche da una compressione aumentata dalle glandole tumefatte sul tronco nervoso, immediatamente dopo l'uscita dal foro stilomastoideo.

In qualche caso si possono avere: nistagmo da irritazione labirintica, sequestri o fistole mastoidee.

Tutte le glandole sono molto ingrossate, le mastoidee, le giugulari, quelle del triangolo posteriore e — più importante di tutte — quella pre-auricolare: secondo qualche A. codesta adenopatia avrebbe un carattere patognomonico.

Accanto ai sintomi precedenti, caratteristici, vanno ancora ricordati: la tumefazione o l'edema della mastoide, i dati anamnestici personali o familiari, lo stato generale del bambino, e il tipo dell'alimentazione; quasi tutti i bambini osservati dall'A. erano stati tenuti ad alimentazione artificiale, e questo è tanto più importante in quanto, data la posizione supina del bimbo, qualche goccia di latte può, attraverso la tuba di Eustachio ampiamente pervia, giungere sino all'orecchio medio.

In un caso di epidemia di otite media tubercolare (3 casi in pochi giorni) fu potuto accertare che tutti e tre i bambini avevano preso il latte di una vacca ammalata di tubercolosi.

Spesso, infine, anche le tonsille sono malate o ci sono adenoidi.

Su 15 casi, batteriologicamente esaminati, i b. di Koch furono trovati nella secrezione 2 volte, nelle granulazioni o nei frammenti ossei asportati all'operazione 8 volte, nelle tonsille o nelle vegetazioni adenoidi 3 volte.

La cura è chirurgica: ma deve essere integrata da cure mediche generali (olio di fegato di merluzzo ecc.) e dall'applicazione dei raggi ultravioletti o della elioterapia; non esistono ancora conoscenze precise sulla opportunità o meno di operare d'urgenza.

Certo, la mortalità è alta, e legata, oltre che alla malattia in sè, alle condizioni generali del paziente; la causa della morte va ricercata o nella meningite tubercolare, o nello choc operatorio, o in complicazioni varie.

V. SERRA.

Sarcoma circoscritto della laringe.

(G. BILANCIONI. *Il Valsalva*, ottobre 1934).

L'A. riferisce l'osservazione personale di un uomo di 55 anni da tempo disfonico in cui aveva rilevato la presenza di un polipo alla commessura anteriore; l'asportazione ridonò subito la voce al paziente, il quale però divenne nuovamente afono dopo circa 3 settimane. Ad un nuovo esame, si riscontra che, al posto dell'antico polipo, si era formata una produzione di maggior volume, a superficie irregolare, grigio-rosea che, nella contrazione dei muscoli volontari della faringe, si circondava di una specie di collare a prepuzio.

Sotto anestesia locale, l'A. praticò la laringo-fessura, trovando un voluminoso tumore sporgente mediano, che venne asportato rasente la mucosa in piano, causticando subito la base d'impianto con l'elettrocauterio. Chiusura per prima intenzione. Guarigione perfetta, che si mantiene da tempo.

All'esame istologico che l'A. riferisce particolareggiatamente con 4 tavole, si riscontrò trattarsi di tessuto sarcomatoso.

fil.

METEOROPATIE.

Ripercussioni mediche legate alle variazioni meteorologiche.

(MOURIQUAND. *VIII Congresso francese di pediatria*, 1934).

Un clima, sintesi degli elementi meteorologici e tellurici esistenti in un dato luogo geografico, malgrado le varianti che presenta secondo le ore, i giorni, le stagioni, costituisce una media annuale di una certa fissità, una costante, per così dire. Questa media climatica orienta la nutrizione degli esseri viventi sotto questo clima. Gli scarti, per la loro azione diretta od indiretta (esaltazione microbica) generano dei disturbi, sono i « fattori di disquilibrio », di choc, che disturbano l'organismo. Esistono dunque sindromi meteorologiche passeggere o durevoli, secondo la loro causa. Bisogna distinguerne l'azione brusca dei cambiamenti di clima (mare, montagna) causanti disquilibri comparabili agli chocs.

Lo studio di questi fatti costituisce la meteorologia medica, il cui metodo comporta una parte tecnica ed una parte clinica. La tecnica meteorologica esige la competenza specializzata in Osservatorio, Facoltà di scienze o simile, per la sorveglianza degli apparecchi e per il collegamento scientifico fra la clinica ed il laboratorio di fisica o di astronomia indispensabile ad ogni studio fecondo.

Come *minimum* di apparecchi occorrono un termometro, un barometro, un igrometro re-

gistratore ed un ionometro. Gli altri dati possono essere forniti dal centro meteorologico regionale.

La clinica meteorologica, già intravista da Ippocrate, è stata poco considerata dai clinici: mentre il bambino è più vulnerabile agli squilibri, l'adulto possiede potenti apparecchi di regolazione della nutrizione.

Nelle sindromi legate alle variazioni meteorologiche distingueremo quelle dipendenti da variazioni semplici, da variazioni complesse, da variazioni stagionali, da cambiamento di clima.

Le principali variazioni meteorologiche semplici, sono il caldo, il freddo, la pressione barometrica, igrometrica, la radiazione solare, l'elettricità atmosferica. Ma nessuno di questi fattori resta puro perchè sempre altri fattori intervengono nello stesso senso o in senso contrario: si tiene conto della dominante.

Variazioni termiche: colpo di calore e colpo di freddo; l'azione è complessa sull'organismo ma anche sull'azione dei germi patogeni. La sindrome del colpo di calore aggravata dal riscaldamento centrale, dai bagni, dalla biancheria e vesti troppo calde, legata all'estate, ai giorni troppo caldi, favorita da una ventilazione insufficiente, da ristagno di aria sovrariscaldata, da locale esiguo, dalla collettività. Nicolle ha potuto riprodurre per mezzo di tali fattori il colpo di calore nel bambino e nell'animale. Si distinguono forme gravi, medie a forma digestiva.

La sindrome da colpo di freddo è ben conosciuta: in inverno nel lattante la ipotermia è frequente, le infezioni sono favorite, la superficie di irradiazione è causa di refrigerazione accelerata nei magri, l'inanizione agisce nello stesso senso, l'avitaminosi non sembra intervenire.

Le variazioni barometriche: il mal di montagna è conosciuto: i tubercolosi, i cardiaci adulti sono barosensibili, onde emottisi, ematemesi, crisi di asma. L'influenza è stata segnalata negli operati dell'addome, nei spasmofilici, nei vagotonici.

Sindromi per variazioni igrometriche: anche quì fattori misti, importanza del freddo umido rispetto ai reumatismi, le malattie respiratorie, della nebbia, negli asmatici.

Kopaczewski ha invocato l'elettrizzazione delle goccioline: la nebbia, favorisce la sospensione aerea delle goccioline, delle culture microbiche, così come il ristagno delle sostanze tossiche (nebbia tossica solforosa — casi mortali di Liegi). La secchezza dell'aria deve essere studiata nei venti del mezzogiorno e nel föhn.

I lattanti idrolabili sono i più vulnerabili.

Sindromi per variazioni dell'intensità dei raggi solari, legate alla loro brutalità, alla loro azione prolungata, alla loro carenza. Il colpo di sole, l'elioterapia artificiale, accidenti comatosi improvvisi, convulsivi, meningei, encefalitici, con ipertensione e segni di reazione meningea a formula variabile. I danni dell'elioterapia mal regolata sono sovratutto legati ai raggi infrarossi calorici ed ai raggi ultravioletti provocanti l'eritema e i disturbi distrofici.

Le sindromi da variazioni elettriche sono ancora poco studiate; si notano emicranie, angoscia, disturbi digestivi, astenia in rapporto con l'ionizzazione positiva e l'ionizzazione negativa dell'aria. Resta ancora a studiare se l'indeterminato meteorologico rientra o non nello stato elettrico dell'aria. Si è anche parlato dell'azione delle macchie solari, dell'azione dello stato elettrico sulla comparsa della poliomielite. Il campo di studio è vasto: campo elettrico; ionizzazione; magnetismo terrestre; raggi cosmici; macchie solari ecc.

Delle sindromi meteorologiche complesse, hanno assunto una decisa personalità la sindrome legata all'azione di alcuni venti (venti del mezzogiorno e föhn), e la sindrome dei tempi temporaleschi. Nel primo gruppo, nell'adulto si ha astenia, irritabilità, insonnia, senza altra causa, ansietà, emicrania, algie reumatiche, emottisi nei tubercolosi, choc più marcato negli operati, eccitazioni negli epilettici e negli alienati, esacerbazione dei disturbi della menopausa. Alcuni fatti fanno supporre che dei soggetti meteorosensibili percepiscono il malessere prima ancora che il vento raggiunga la terra.

La sindrome dei tempi burrascosi, descritta nelle crechès dal Lesage, si caratterizza per insonnia, grida, agitazione, nervosismo nel personale, ipertermia leggera, perdita di peso, disidratazione, infezioni secondarie nei più grandi, emicrania e disturbi digestivi.

Interessanti sono le sindromi legate ai cambiamenti climatici. Alcuni casi si prestano ad uno studio obiettivo: fanciulli non adatti alla città, diabetici trattati con l'insulina, tubercolosi. Gli « inadatti cittadini », piccoli epatici, intolleranti alimentari, con urticaria, acetonemici, nervosi, vedono i loro disturbi scomparire, a seconda i casi, in campagna, al mare, o alla montagna. Alcuni bambini bisognosi di insulinoterapia vedono spesso il loro zucchero diminuire o scomparire col semplice cambiamento di clima. I tubercolosi migliorano con prudente elioterapia. In che modo? Per la scomparsa dei fattori nocivi della città, per l'attivazione della nutrizione generale, per la azione delle ghiandole, per la desensibilizzazione, per lo choc climatico, provocato con la dovuta prudenza.

È importante stabilire con adatto interrogatorio e esame obiettivo la presenza di un terreno meteorolabile: dati ereditari, congeniti, personali: si ritrova eczema, asma, urticaria, acetonemia, emicrania, disturbi digestivi, albuminuria, glicosuria, intermittente. Bambini senza appetito, ovvero grandi mangiatori ma non assimilatori, con fegato troppo gros-

so, con feci scolorate. E accanto ad essi i distrofici umorali o colloidoclasici, i neurovegetativi.

La prevenzione di questi accidenti si può fare sopprimendo i fattori nocivi, lottando contro il caldo, contro il freddo, il secco, l'umidità, « climatizzando » il bambino. Evitare l'uscita con i venti patogeni, allontanare i bambini dalle spiagge, modificare il terreno meteorolabile.

Monteleone.

Cancro e sole. Carcinomi e sarcomi prodotti per azione del sole totale.

(A. H. Roffo. *La Prensa Medica Argentina*, 19-IX-1934).

L'A. ha prodotto questi tumori maligni esponendo dei topolini bianchi direttamente alle irradiazioni solari totali.

L'esposizione solare non superava le cinque ore giornaliere; gli animali in esperimento sono stati in numero di seicento, di cui 365 morti per insolazione durante i primi giorni e dei 235 rimasti in vita in ben 165 si è sviluppato il tumore.

I tumori si originano nelle regioni depilate naturalmente, orecchie, narici, congiuntiva oculare, palpebre, o depilate *ex professo*.

L'evoluzione del processo dura dai 7 ai 10 mesi con ispessimento iperplasico e papillomatoso. Gli animali muoiono per cachessia e con metastasi ganglionare del collo. Se si sottrae l'animale all'azione del sole quando già si è sviluppato il tumore, sia che si tratti di carcinoma che di sarcoma, questo continua la sua evoluzione come se l'animale fosse ancora sotto l'azione dei raggi solari.

Nella produzione di questo processo ha grandissima importanza la colesterina nella sua funzione di sostanza fotoattiva, eliotropica, ed energetica. È così che si produce una ipercolesterinia locale, che precede le prime manifestazioni istologiche. Dalle esperienze fatte con distinte fonti di irradiazioni: sole totale, sole filtrato, raggi ultravioletti, raggi luminosi, luce di gas Neón e onde corte di Hertz, si ha che la produzione dei tumori per azione dei raggi solari è in relazione con l'intensità attinica e non con l'intensità luminosa di questi. Così utilizzando lampade di 2000 candele decimali senza raggi ultravioletti non si produce lesione alcuna, così pure utilizzando lampade di mercurio senza emissione di raggi ultravioletti e lampade di gas Neón il cui spettro di emissione ha una lunghezza d'onda di 6490 U. Augs. Al contrario utilizzando lampade di mercurio la cui luminosità è scarsa (5 candele decimali per cm^2) però con grande produzione di irradiazioni attiniche ultraviolette (14 U. Dosimetro 5) la produzione dei tumori è intensa (100 per cento), ciò che dimostra l'azione vulnerante di questi raggi.

Le lesioni istologiche tanto le precancerose come le sarcomatose hanno una stretta relazione con quelle che si osservano nell'uomo, confermando le osservazioni cliniche dei tumori cutanei la cui etiologia si vincola con l'eccesso di esposizione al sole di pelle fotosensibile.

N. Di Paola.

DIVAGAZIONI CULTURALI

Il vino e la poesia di Orazio.

Il prof. Marchiafava non è solo uno scienziato di eccezionale valore e un medico sommo; è anche un umanista appassionato. La sua cultura letteraria si rivela in uno studio che reca il titolo surriferito e che è comparso nella *Nuova Antologia* del 16 dicembre 1934. In questa interessante pubblicazione il venerato Maestro, il quale ha agilissimo il pensiero, con parola facile e corretta, vivace e pieghevole, ha raccolto e riordinato tutti i riferimenti al vino che sono contenuti nelle poesie di Orazio.

Egli ne desume che il grande Poeta della latinità non era dedito al vizio del bere, come generalmente si crede; apprezzava il vino bevuto con moderazione, ma ne condannava gli eccessi.

Ciò concorda con tutta la concezione della vita quale emerge dalla poesia di Orazio. Questi, difatti, pone in luce l'alto valore morale delle virtù civili e militari, dell'amore, del sacrifizio della vita per la Patria, dell'educazione alla frugalità e al rude lavoro, dell'equanimità nel sostenere le vicende umane avverse o fauste, della fermezza tenace nei propositi, della fedeltà alla parola data, della concordia fra i cittadini, della forza guidata dal senno, della religione. Ricorda la precarietà delle cose umane, la brevità della vita, la vanità degli onori e delle ricchezze; insiste che la felicità è nel sapersi contentare del poco e usare con discernimento di ciò che la fortuna concede. Sferza, con fine ironia, i vizi e le passioni smodate; disprezza la stolta avarazia e l'ambizione senza meriti; biasima l'incostanza, la passione del lusso, le intemperanze, le superstizioni; è largo di precetti per condurre una vita saggia, onesta, semplice e utile, nella serenità dell'animo, nella ricreazione del corpo dopo il lavoro. A Mecenate dichiara che non può sacrificargli la libertà e, a serbare questa intatta, è pronto a restituirgli tutto ciò che ne ha ricevuto. Alla vita in città preferisce il soggiorno libero in campagna. Rivela bontà di cuore e rettitudine nella riconoscenza, vivissima verso il padre.

Non è ammissibile che un uomo di così alti sentimenti tralignasse nell'abuso del vino, pur sapendone usare. Il Marchiafava ne dà una documentazione copiosissima, che si scorre con vero diletto. A titolo di esempio, il poeta pro-

mette a Bacco di non abusare dei suoi doni e lo prega di frenare l'abuso del vino.

Un rilievo curioso è che Orazio aveva precorso gli americani nella designazione di secchi e umidi (*sicci, uvidi*).

Ecco alcuni versi che converrebbero molto come motto a un libro d'igiene:

Non domus et fundus, non auris acervus et auri,
Aegroto domini deduxit corpore febres,
Non animo curas: valeat possessor oportet,
Si comportatis rebus bene cogitat uti.

Il Marchiafava, personalità meravigliosamente dotata, possiede, tra l'altro, un'erudizione sicura e vasta, che gli ha consentito un tuffo nell'antichità, in questo saggio di letteratura, di raro valore.

L. V.

L'uso del latino nelle pubblicazioni scientifiche.

L'Istituto di Studi Romani si è proposto di promuovere l'uso della lingua latina, non per sostituire le varie lingue viventi nazionali, ma per conferire al latino il carattere di lingua ausiliaria internazionale nel campo delle pubblicazioni scientifiche. Così, ad esempio, in un Congresso internazionale i testi delle varie relazioni nelle differenti lingue dei loro autori saranno tradotti e formeranno un testo unico in latino, che potrà orientare il lettore sulla varia e vasta materia contenuta e svolta in tante lingue diverse. Ogni condizione preliminare al fine prefisso è che la terminologia delle varie discipline trovi la sua precisa e adeguata corrispondenza nella lingua latina da usarsi. Da ciò la necessità di avere, e quindi di compilare, dei lessici speciali, che saranno pubblicati a cura dell'Istituto stesso, in base a parere di competenti.

Intanto il Consiglio Nazionale delle Ricerche si è assunto il compito di provvedere, durante il 1934, alla preparazione del testo italiano e alla relativa traduzione in latino dei lessici per le seguenti materie: Agricoltura, Astronomia e Geodesia, Biologia, Chimica, Fisica e Geofisica, Geologia e Geografia, Ingegneria, Matematica, Medicina.

Altri lessici per materie diverse si stanno preparando; poi sarà la volta di unire questi lessici speciali in un gran Dizionario che tutti li comprenda.

Premi speciali sono disposti per tali lavori.

Per maggiori e più particolari informazioni rivolgersi all'Istituto di Studi Romani in Roma, Piazza della Chiesa Nuova, Palazzo dei Filippini.

Ricordiamo che il problema è stato prospettato dal dott. Tegoni in un articolo che ha avuto larghe ripercussioni nella stampa scientifica e politica italiana; anche noi avemmo ad occuparcene.

A. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A. LABRANCA. *Legislazione ed ordinamenti sanitari italiani.* 2ª Ediz. Un vol. in-8°, di p. 324. Edit.: Dott. Francesco Vallardi, Milano, 1934. Prezzo L. 48.

In meno di due anni si è resa necessaria una seconda edizione di questo trattato e ciò attesta la favorevole accoglienza ottenuta.

Esso ci offre una sintesi ordinata, organica ed integrale della nostra legislazione e amministrazione in materia sanitaria.

Premette una visione generale del loro sviluppo dai tempi più remoti ai nostri giorni, il che tende a stabilirne le ragioni storiche. Poi indaga la struttura degli ordinamenti attuali, ne fissa le grandi linee, ne studia le singole parti, ne fa conoscere il dinamismo.

Questa edizione è tutta plasmata sul nuovo T. U., il quale ne risulta vivificato e quasi messo in azione. L'A. fa emergere le principali innovazioni portate dalla nuova legge: l'accentramento e perciò la maggiore coordinazione di tutti i servizi d'interesse sanitario, donde una maggiore autorità conferita ai vari organi e una maggiore efficienza.

L'esposizione è corredata del T. U. integralmente riportato e di richiami ad altre leggi di carattere e finalità sanitarie; reca anche le disposizioni del Codice Penale in materia di sanità.

L'eccezionale competenza dell'autore — appassionato cultore delle discipline sanitarie e reputatissimo funzionario — spiega la precisione, la chiarezza e la vasta portata di questo ottimo libro. Esso si renderà molto utile per lo studio e per la consultazione; in particolare si farà apprezzare per la preparazione ai concorsi nella carriera sanitaria.

Non interferisce con il commento di Carapelle e Jannitti-Piromallo, che ha carattere analitico; anzi lo completa.

L. VERNEY.

G. CICCONARDI. *Manuale di Diagnostica Medica.* Due vol. di compless. pag. 1140. Soc. Ed. Libr., Milano, 1934. L. 150.

È una bella opera di consultazione che l'A., noto cultore di semeiologia e fine diagnosta dell'Ateneo Napoletano, ha voluto offrire ai medici pratici per l'annoso esercizio della professione.

Essa ha infatti lo scopo di servire a derimere facilmente eventuali dubbi, poter interpretare segni in apparenza sconcordanti con la diagnosi posta, in una parola una guida pronta e si-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

cura per un'esatta diagnosi e conseguentemente un adeguato intervento curativo.

Così ideata, naturalmente l'opera doveva essere contenuta nei limiti strettamente pratici ed infatti l'A. pur accennando, più che altro per completezza, alle indagini talvolta minuziose di laboratorio, ampia trattazione logicamente ha riservato alla descrizione ed alla interpretazione dei sintomi principali di ogni manifestazione morbosa.

Ma il pregio grande di questo libro, in confronto di altri del genere, è di presentare i singoli argomenti elencati per ordine alfabetico, sicchè la ricerca di qualsiasi sintoma è rapidissima e tutte le condizioni in cui esso può verificarsi appaiono a prima vista.

Una diagnostica medica differenziale di questo genere mancava, come è noto, fin'ora fra noi, per cui si era costretti a ricorrere sempre ad opere straniere, le quali spesso non rispondevano bene allo scopo.

Tutti gli studiosi debbono quindi essere grati all'A. per aver saputo colmare questa lacuna con questa magnifica opera di italianità.

a. p.

A. Ciampolini. *Il danno professionale nella perizia medica.* Società Palermitana Editrice Medica, Milano. Prezzo L. 55.00.

Con questo volume il Ciampolini affronta un argomento di grande interesse e del tutto nuovo. In effetti è l'unico libro che sia stato pubblicato in Italia, e tra i pochissimi pubblicati in tutto il mondo, sulla valutazione delle minorazioni funzionali in relazione alle singole professioni.

Ma non è qui tutto il pregio del libro, tutto il merito del Ciampolini. Questi pone a base delle sue tabelle di valutazioni medico-legali postulati teorici, che sono l'espressione della sua soda cultura, ed elementi di fatto tratti dalla sua larghissima esperienza in materia.

Chiunque deve accingersi a formulare pareri sull'entità di danni risarcibili, all'infuori di quelli fissati dalla legge sugli infortuni sul lavoro in modo omogeneo per tutte le categorie di lavoratori, troverà in questo volume utili, anzi indispensabili, punti di riferimento e di orientamento.

Dr.

A. Ciampolini. *Simulazioni e provocazioni di infermità.* Tre vol. in-8°, di rispettive pagine 384, 401 e 477, rilegati in uno. Soc. palermitana ed. medica Milano. Prezzo L. 65.

La simulazione di infermità, trista piaga che insozza ogni opera sociale che con alto sentimento di giustizia tende al risarcimento di un danno, è indubbiamente destinata ad un sempre più ampio sviluppo, con l'allargarsi delle assicurazioni sociali. Aumenta il numero dei simulatori e, man mano si vengono scoprendo le frodi, si raffina la loro scaltrezza, sicchè essi si trovano sempre un passo più avanti di chi tende a smascherarli.

Era tempo che anche noi si desse a medici e legisti il modo di avere, in questo campo, una buona conoscenza che, oltre ad essere interessante dal punto di vista psicologico, costituisce una vera necessità di difesa sociale. Molto opportunamente, il prof. Ciampolini a cui la larga e vasta esperienza conferisce grande autorità in questo campo ha trattato la difficile materia in questi tre volumi, che tengono anche conto dell'ampia mole di lavori e di studi pubblicati in argomento.

Ad un dotto studio sulla simulazione come fenomeno di vita e di socialità, segue quello sulla personalità ed il tipo dei simulatori e provocatori di lesioni nei vari ambienti (militari, assicurativo, ecc.).

Il secondo volume è dedicato ai sintomi ed alle sindromi simulabili; la sensazione dolorosa, nelle sue più svariate ed impensate manifestazioni ed i disturbi motori — paralisi, convulsioni, contratture.

Da ultimo, le patomimie, nervose, respiratorie, gastro-enteriche epatiche, urinarie genitali e la diagnosi medica dell'autolesionismo.

Trattazione completa essenzialmente materiata della grande esperienza dell'A., e per questo eminentemente pratica ed utile a chi si occupa del delicato e difficile argomento.

fil.

A. Schuller e J. Wilder. *Der Kopfschmerz.* Editore J. Springer. Vienna e Berlino. Prezzo R. M. 3.90.

Dopo aver fatto un cenno conciso sulle ipotesi patogenetiche della cefalea, gli AA. elencano e fissano i caratteri delle varie forme di cefalea nelle varie condizioni morbose acute e croniche, costituzionali ed acquisite nelle quali il disturbo suole presentarsi.

La trattazione è esauriente, chiara, bene inquadrata in modo da consentire un rapido orientamento diagnostico.

Il libro ha un indirizzo spiccatamente pratico.

Dr.

Z. Beurekdjiau. *Origine thyroïdienne des algies.* Librairie Le François, Parigi. Prezzo Fr. 30.

In base alla sua esperienza clinica l'A. ritiene che quasi tutte le forme di algie (dalla cefalea alla lombaggine, dal glaucoma all'angina pectoris, dalle coliche epatiche a quelle nefritiche) siano determinate da alterazioni tiroidee, e sopra tutto da disturbi d'iperfunzione.

Tale opinione sarebbe convalidata dal criterio *a iuvantibus*, in quanto tutte queste algie cederebbero all'irradiazione semipenetrante delle glandule con i raggi X.

Dr.

Atti dell'Ospedale civico « S. Giovanni Evangelista » in Tivoli. Vol. II. Un vol. in-8° di 567 pagine con fig. Arti graf. A. Chicca, Tivoli, 1934.

Questo volume, che dimostra la feconda attività dei nostri medici ospedalieri, viene pubblicato sotto la direzione del prof C. Colucci, Direttore dell'Ospedale stesso. Contiene 12 memorie scientifiche, pubblicate dal personale ospedaliero nel 1932-1933. Citiamo, fra esse, un'ampia monografia dello stesso Colucci su: Le applicazioni tardive e gli esiti lontani dei traumatismi cranici, un'altra dello stesso sulle porpore in chirurgia, altre varie di B. Mariotti (chirurgia) e di L. Arcangeli e G. Pacifici (medicina).

Interessanti sono le relazioni tecniche, storiche ed artistiche, fra cui una monografia del prof. V. Pacifici sugli affreschi di Melozzo nella chiesa dell'Ospedale.

Il rendimento clinico-statistico del biennio non è un'arida raccolta di cifre, ma contiene numerosi dati clinici accompagnati da figure e radiografie sui casi più interessanti dei varî riparti. La lettura ne è piena di utili ammaestramenti. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 20 novembre 1934.

Presidente: Sen. Prof. DAVIDE GIORDANO.

Il presidente prof. GIORDANO prende la parola ed in primo luogo ringrazia vivamente il prof. Fiocco il quale nel periodo che diresse la Società seppe renderla sempre più fiorente, si augura poi che il lavoro possa continuare con ritmo più celere onde le assemblee possano, continuando nella via segnata dal primo presidente prof. Fiocco, essere sempre più proficue. Ed in primo luogo invita i giovani colleghi ad approfittare di questa scuola che è loro aperta esponendo i loro studi e raccomanda a tutti i soci e specie agli assistenti ospedalieri di intervenire assiduamente alle sedute della Società, da cui potranno trarre grandi utili scientifici e pratici; quindi ringrazia il dott. Ciceri di essersi assunta la carica di segretario della Società e dichiara aperta la seduta.

Il prof. FIOCCO prende la parola per ringraziare il presidente prof. sen. Giordano ed i vice-presidenti proff. Vitali e Picchini di aver accettato le cariche che la Società Medico-Chirurgica Veneziana volle loro affidare poichè ne è derivato un grande onore alla Società stessa. Si augura che i lavori continuino in modo sempre migliore e più vantaggioso e che particolarmente i giovani colleghi sappiano approfittare di questa palestra che viene loro offerta, per lavorare e dimostrare di aver lavorato.

Tubercolomi cutanei.

Prof. G. B. FIOCCO. — Donna di 59 anni, oggi in buone condizioni generali. Già sofferente di pleurite secca alla base del polmone di D.; dopo qualche mese presentò una forma di eritema centrifugo a focolai sparsi al capo e al tronco e specialmente agli arti. Dopo qualche tempo apparve un'infiltrazione profonda del derma con leggera succulenza dei tessuti ed infine con la diascopia si misero in evidenza degli infiltrati nodulari, i quali però non raggiunsero mai l'epidermide e quindi non ulcerarono. Non si ebbe mai un tipico lupus volgare, ma un tubercoloma degli strati profondi e medi del derma, confermato anche dall'esame microscopico. La cura tubercolinica ed aurica, accompagnata da applicazioni di raggi ultravioletti, infine l'elioterapia marina diedero luogo alla scomparsa della pleurite ed al riassorbimento di tutti i focolai i quali non sono oggi evidenti che per uno strato di atrofia dermica con discreta pigmentazione.

Caso di sporotricosi del dorso della mano destra.

Prof. G. B. FIOCCO. — La forma sussegui a ferita con un chiodo arrugginito; colpisce attualmente tutto il dorso della mano destra ed è costituita da una serie di infiltrati dermo-epidermici, agminati, profondi, con tendenza suppurativa centrale e formazione di linfiti tragettive con scollamento del derma profondo che alla pressione lasciano uscire un materiale grigiastro sanguinolento; esiste anche linfite dell'avambraccio ed adenite epitrocleare ora in via di risoluzione. La diagnosi differenziale tra lesioni tubercolari o sifilitiche è facile, ma assai più difficile quella per la piodermite vegetante. Conclude per una forma ifomicetica e dimostra le culture eseguite in agar Sabouraud nelle quali si nota lo sviluppo di abbondanti piogeni, ma lungo le pareti riescono evidenti le colonie iniziali tipiche di sporotrichium Bergmani. Conclude sopra l'importanza della cultura nella diagnosi delle forme ifomicetiche e ricorda che da questo si trae l'indicazione sicura della terapia, dato che tali forme sono sensibilissime all'azione dello jodio.

Diatesi emorragica.

Dott. E. MARZOLLO. — L'O. riferisce di un caso di diatesi emorragica nel quale, pur essendo rimaste ripetute ricerche batteriologiche negative, il decorso clinico e specialmente l'esame del sangue permisero di far diagnosi di « porpora settica ».

In un altro caso si trattava di una bambina affetta da trombopenia essenziale benigna cronica (Werlhof); la grave eredità tubercolare diede adito all'O. di fare alcune osservazioni sulla frequenza di fattori etiologici combinati nelle affezioni che hanno come sintomatologia principale la diatesi emorragica.

L'O. parlò infine di due fratelli emofiliaci, dei quali uno venne a morte per grave anemia postemorragica. Tutti e due i genitori erano luetici ed i fratelli presentavano stigmate molto evidenti dell'eredo-lue e Wassermann-reazione positiva. L'O. ritiene che in questi casi a fattori eziologici probabilmente combinati, la terapia oltre che sintomatica debba essere anche antiluetica, pur considerando l'influenza nota degli arsenobenzoli e dei composti mercuriali bismutici, a volte tossica per il sistema emopoietico.

Il Segretario: Dott. CICERI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le encefaliti non suppurative.

Se è vero che l'encefalite epidemica ha richiamato l'attenzione dei medici sulle infiammazioni non suppurative dell'encefalo — dice U. Fleck (*Die Mediz. Welt.*, 20 ott. 1934) —, è vero altresì che queste si sono realmente fatte più frequenti.

Secondo Pette e Redlich quei quadri ora mielitici ed ora cerebrali che rientrano nel grande gruppo dell'encefalomielite disseminata, e la cui vasta sintomatologia va dall'atassia cerebellare acuta alla sindrome di Brown Séquard, sarebbero dei processi encefalitici veri e poprii, e non già il primo stadio di una sclerosi a placche, che si manifesterà nella sua pienezza solo più tardi. In realtà, una diagnosi differenziale è molto difficile, a meno che non si voglia dare un decisivo valore alle curve colloidali che tendono più al tipo meningeo nell'e. disseminato e a quello paralitico nella sclerosi.

Sia l'anatomia patologica che le ricerche etiologiche non forniscono dati diagnostici differenziali.

Nella impossibilità di dire se si tratta di una encefalite o di un episodio di sclerosi, la cura sarà dimostrata al riposo in letto, ed eventualmente alla somministrazione di Neurosmon e di Septojod.

Le encefaliti postvacciniche hanno in genere una prognosi peggiore; non sono frequenti: le statistiche più ricche vengono dall'Inghilterra e dall'Olanda.

La sintomatologia compare da 5 giorni a un mese dopo inoculazione del vaccino; nei piccoli dominano i fatti convulsivi o le manifestazioni tetaniche, con trisma; si ha cefalea e vomito.

In 2-4 giorni l'encefalite acutissima può dare la morte e il coma.

Se il decorso è più lento si osservano mono-, para- ed emiparesi, flaccide prima, poi spastiche; paresi del facciale, amebe, e degli oculomotori.

Non è raro vedere anche esantemi diffusi. La morte avviene con temperatura altissima, per paralisi respiratoria e cardiaca.

Il quadro istologico dell'e. postvaccinico, con le sue lesioni prevalenti nella sostanza bianca, ricorda più quello dell'e. postmorbillosa o varicellosa che quello dell'e. epidemica. Il suo meccanismo patogenetico è ancora del tutto oscuro.

Sempre più frequenti si sono fatti i casi di encefalite postinfettiva nell'infanzia; anzitutto quelle postmorbillose, che si manifestano tra il I° e il V° giorno di malattia, colpisce i bambini dal 1° al 7° anno di vita, e dà una statistica di mortalità molto elevata.

Migliore è la prognosi dell'encefalite postvaricellosa, che può manifestarsi sopratutto tra la IIIª e la Vª giornata di malattia, ma anche prima o dopo il ciclo eruttivo.

Più rara è l'encefalite postroseolica (7 casi in 3 anni (1929-32), e rarissima — contrariamente a quanto si credeva — quella postscarlattinosa.

Anche il meccanismo patogenetico di queste infiammazioni encefaliche è poco noto.

Encefaliti sono state descritte nel corso della grippe e della parotite epidemica: nella pertosse sono state trovate, al tavolo anatomico, gravi alterazioni a carattere distruttivo o regressivo della sostanza grigia, ma senza infiltrati parvicellulari: è opinione di molti che si tratti di una vera e propria azione tossica.

Anche l'interpretazione delle manifestazioni encefalitiche (o per meglio dire dei sintomi di irritazione encefalica) che si osservano nella polmonite, nella difterite, nella dissenteria ecc., non si è ancora deciso se si debba parlare di fatti infiammatorii veri e proprii, o piuttosto di alterazioni tossiche: infatti, perchè si possa veramente parlare di un'encefalite, occorre che si abbiano alterazioni a carattere irritativo (proliferativo) del tessuto di sostegno, e processi di essudazione vasale.

Si sono inoltre verificate, in America, in Australia, in Giappone epidemie di encefalite, a decorso acuto, le quali — secondo l'opinione dello stesso v. Economo — non avevano nulla a che fare con la forma da lui descritta, e che in qualche caso (a St. Louis, nel 1933, ammalarono di colpo 700 malati in un giorno!) assunsero proporzioni impressionanti.

Nel 1928 alla Clinica Pediatrica di Lipsia si ebbe una piccola epidemia di sindromi encefaliche di cui non fu potuto accertare alcun nesso con la poliomielite anteriore.

L'aumento — apparente e reale — del numero delle encefaliti si spiega da un lato col perfezionamento delle nostre tecniche d'indagine, ma certo non soltanto con questo: d'altro canto i termini « aumento di virulenza dell'agente causale », « aumentata facilità all'infezione » ecc. a cui volentieri si ricorre, non spiegano nulla.

Bisogna che il medico pratico si contenti, per ora, di sapere che queste forme sono frequenti, e che bisogna tenerle presenti.

V. SERRA.

La sindrome cerebrale nella polmonite infantile.

Nobécourt, in una conferenza all'Ospedale infantile di Parigi (rif. in *Journ. amer. med. assoc.*, 1° dic. 1934) mette in rilievo la necessità di conoscere bene le due sindromi, cerebrale e addominale, che rendono spesso difficile la prognosi di polmonite nei bambini.

La sindrome meningo-encefalica può presentarsi con tre quadri clinici. La forma con-

vulsiva si osserva quasi sempre in bambini sotto i 3 anni. Le convulsioni, localizzate o generali, possono costituire il primo sintomo di malattia, accompagnate da alta febbre e dai segni fisici della polmonite.

Le altre due forme — delirante e sonnolenta — si osservano nei più grandicelli. Il delirio è a tipo più che altro confusionale, dura pochi giorni ed è mantenuto dall'elevata temperatura: più comune di tutti è la sonnolenza.

Tali forme possono, o non, essere accompagnate da sintomi di meningite acuta, cerebrale o cerebrospinale: sintomi che, però, sono assai lievi e durano soltanto 2-3 giorni. Si trova una lieve iperestesia cutanea, rigidità del collo ed un lieve Kernig; altre volte si ha anche vomito, iperestesia e segni di Lasègue, che in qualche caso possono persistere per un certo tempo.

In questi casi, la puntura lombare dà esito a liquor generalmente limpido e senza germi: qualche rara volta è torbido, con polinucleari e pneumococchi. Si tratta di solito di una forma di meningite sierosa od attenuata: raramente è invece suppurativa meningococcica.

All'inizio i sintomi sono più cerebrali che polmonari: questi ultimi talvolta mancano affatto. *fil.*

Anatomia e chirurgia dei tumori del cervelletto.

Wanke (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 180, pag. 429, 1934), come ha già comunicato in un lavoro precedente (recensito in questo periodico nel 1933 - *N. d. R.*) nota che il medulloblastoma dà risultati migliori se trattato con röntgenterapia che non chirurgicamente.

Un altro tumore che si comporta in modo analogo è l'ependimoma. Questo rappresenta il 15 % di tutti i tumori cerebellari e origina dal pavimento del III ventricolo invade poi il IV ventricolo e attraverso il forame di Magendie invade la cisterna e lo spazio subaracnoideo del midollo spinale in modo che è riconoscibile all'intervento. Per la sua estensione non è asportabile chirurgicamente. Il tumore ha un accrescimento espansivo e limiti netti. La sua struttura è caratteristica. La diagnosi è difficile ed esistono per lo più solo i sintomi dell'idrocefalo interno.

A differenza del medulloblastoma l'ependimoma è un tumore benigno, però per la sua diffusione è anch'esso inoperabile radicalmente. L'unica cura è la decompressione.

VALDONI.

Il trattamento degli ictus cerebrali.

Le ricerche moderne hanno chiarito e modificato molte delle nostre idee sugli ictus cerebrali, mostrando che le vere emorragie sono molto meno frequenti di quanto non si riteneva fino a poco tempo fa, oppure che la emorragia si presenta spesso sotto forma di infarto. Generalmente si tratta, invece, di obliterazione funzionale (spasmo) o mista (parzialmente organica ed accompagnata da spasmo).

Il trattamento, come viene delineato da Alajouanine e Thurel (*Journ. des praticiens*, 12 sett. 1934) consiste anzitutto nell'impedire le imprudenze: evitare ogni mobilizzazione inutile, rinunciare alla puntura lombare ed alla trapanazione decompressiva.

Il salasso è stato raccomandato e può essere utile soltanto per combattere una congestione ed un edema cerebrale passivi, nel senso che la stasi venosa può essere dannosa per degli edemi generalizzati. Esso, invece, è dannoso nella congestione cerebrale apoplettica, in cui diminuendo la tensione arteriosa, rallenta la circolazione cerebrale. Sono stati osservati, di fatto, degli ictus in ipertesi in seguito ad un salasso abbondante. L'utilità delle sanguisughe applicate alla mastoide sarebbe dovuta soprattutto all'irudina anticoagulante che esse iniettano.

Importante è che la circolazione non sia turbata; si disporrà il malato sopra un piano inclinato il più che possibile vicino alla perpendicolare per impedire la congestione polmonare; compresse fredde sul capo, senapismi alle gambe ed al torace, iniezioni di acetilcolina (10 cg. mattina e sera). Così pure, mattina e sera, iniezioni di 1 cmc. di olio canforato (evitare dosi maggiori, ad azione tossica) oppure di caffeina. Tener presente che questi rimedî sono utili per combattere l'ipotensione e lo sfinimento cardiaco, frequenti in tali effetti non si ottengono che con dosi giuste e non esagerate.

Se vi è ritenzione urinaria, cateterismo con le più scrupolose regole di asepsi; contro la stasi stercorale, clisteri glicerinati e purganti.

Estrema pulizia specialmente della regione delle natiche e genitale: lavature con alcool e spolveratura con talco o dermatolo. Se il malato non si alimenta, utilizzare la via nasale od il goccia-goccia rettale (soluzione di glucosio). Se vi è emiplegia, mobilizzazione precoce delle articolazioni per evitare le anchilosi.

Per evitare le recidive, restrizione di tutte le attività, psichica, fisica, sessuale; alimentazione moderata. *fil.*

Patogenesi e profilassi della bronco-polmonite nella difterite.

La broncopolmonite è una delle più gravi complicazioni della difterite e ne accompagna quasi esclusivamente la localizzazione laringea.

Le ricerche eseguite nei focolai broncopneumonici hanno messo in luce il bacillo di Löffler solo, ma più spesso associato al diplococco di Fränkel o a streptococchi o stafilococchi; in altri casi sono stati riscontrati non associati al bacillo di Löffler, gli pneumonitogeni, il diplococco, lo streptococco.

Poichè i casi di broncopolmonite sono più numerosi e più gravi nei malati trattati tardivamente col siero e poichè la intossicazione

difterica crea un terreno propizio alla infezione pneumococcica, per cercare di evitare questa complicanza, si raccomanda di praticare precocemente la sieroterapia.

C. Comba (*Boll. dell'Istituto Sierot. Milanese*, ottobre 1934) ha adottato da qualche tempo un sistema di cura preventiva della broncopolmonite diplococcica dei difterici, che consiste nell'iniettare nelle forme laringee, contemporaneamente alla prima dose di siero antidifterico, cc. 10 di siero antipneumococcico polivalente. L'A. riferisce i risultati ottenuti tra il dicembre 1932 e il maggio 1934: durante questo periodo furono ricoverato in Clinica 239 difterici e 209 di essi, laringitici, furono trattati anche col siero antipneumococcico; i casi di broncopolmonite furono solamente otto e di essi 2 morirono; nei casi di faringite, i quali non furono sottoposti alla iniezione preventiva di siero antipneumococcico, la broncopolmonite dette una mortalità molto elevata. Questo ultimo fatto parla in netto favore per il metodo profilattico ideato e introdotto nella pratica dall'A. Anzi egli è del parere che sia opportuno estenderla anche ai malati di difterite con localizzazione solamente faringea. VICENTINI

Terapia nelle malattie delle vie aeree.

L. Brauer, (*Medizin. Welt*, 24 nov. 1934) rileva che nelle bronchiti è anzitutto necessaria una accurata indagine etiologica, per poter eliminare eventuali fattori dannosi. Talvolta basta togliere la causa dannosa per far guarire la bronchite, sia acuta che cronica: altre volte è necessaria una cura più complessa. Se esiste una predisposizione costituzionale alle malattie da raffreddamento, si ottengono buoni risultati con le frizioni e abluzioni fredde; si deve però procedere passo passo e con prudenza. Ottimi risultati dà la cura inalatoria: usando nelle forme acute olio di trementina con solfato di zinco (olio di trementina gr. 1, solfato zinco ctg. 50, acqua 100) alternato con soluzioni adrenaliniche, nelle forme croniche olio di trementina, o di eucalipto, o soluzione salina di Ems, oppure in forte diluizione acido benzoico, tannino, acqua di calce o glicerina. Nella bronchite acuta si applicherà inoltre il calore locale in forma di impacchi caldo-umidi o senapati e si faranno bere dei liquidi sudoriferi (té di tiglio). Nelle forme croniche si prescrive con vantaggio il cambiamento di clima: se le condizioni finanziare non lo consentono, si può cercar di riprodurre le condizioni del cambiamento climatico con le « camere pneumatiche » nelle quali si può variare la pressione, l'umidità e la composizione dell'aria. La terapia medicamentosa si riduce a blandi espettoranti nelle forme acute, senza bisogno in genere di ricorrere agli alcaloidi, mentre nelle forme croniche si ottengono buoni risultati dall'uso prolungato di piccole dosi di balsamici, sopratutto balsamo del Perù in capsule di gelatina e creosoto in forma difficilmente solubile (per non provocare irritazioni della mucosa dello stomaco o dell'intestino); meglio di tutto sotto forma delle « pillole di Jasper ». Anche la terapia iodica dà buoni risultati: purchè sia prolungata ed usi delle dosi piccolissime.

Le bronchiettasie spesso non vengono riconosciute: le conseguenze possono essere l'amiloidosi, gravi broncopolmoniti peribronchiettasiche ed anche ascessi cerebrali. Uno dei segni diagnostici più importanti sono le dita a bacchetta di tamburo, anche se questa anomalia è appena accennata. Per lo più è caratteristica anche la emissione molto protratta di sputi massivi. La terapia nelle forme leggere è analoga a quella della bronchite acuta, nelle forme più gravi deve essere chirurgica. Si ottengono i migliori risultati con la apertura dei rami bronchiali dilatati risp. delle cavernicole più o meno grandi. R. POLLITZER.

Pericoli ed inutilità dei gargarismi.

M. Kirschner (*Mediz. Klinik.*, 1934, n. 38) mette in rilievo che tutti gli stati infiammatori del palato, delle tonsille e degli organi vicini, vi è assoluta necessità di lasciare in riposo i tessuti infiammati, mentre il gargarismo finisce col danneggiarli. Esso, inoltre, è anche inutile poichè la lavatura del campo infiammato con un mezzo disinfettante è del tutto inefficace. Nemmeno si ottiene col gargarismo una più sicura fuoriuscita del pus dopo l'apertura dell'ascesso tonsillare, mentre il mobilizzare e la lavatura della cavità ascessuale possono essere dannosi. *fil.*

SEMEIOTICA.

Differenze costituzionali nella sensibilità e loro significato per l'apprezzamento dei dolori addominali.

È noto che delle tipiche affezioni addominali, come i calcoli biliari e l'ulcera gastrica spesso non provocano nessun sintoma caratteristico. A. Voegeli (*Presse méd.*, 12 dic. 1934), ricercando le ragioni di tale fatto, rileva che esso va attribuito alle variazioni nella sensibilità al dolore. Per ricercarla, l'A. ricorre al procedimento di E. Libmann, consistente nel mettersi dietro al paziente ed a comprimere col pollice il margine anteriore dell'apofisi mastoide dei due lati, in direzione dell'apofisi stiloide. Si comprime così il grande nervo auricolare e si può determinare il grado di sensibilità. Gli individui possono, per tal modo, essere ripartiti in tre gruppi, di cui il primo non avverte dolore di sorta, il secondo lo sente leggero, il terzo accusa una viva sofferenza.

Nei pazienti del terzo gruppo, si ha sempre una sindrome tipica quando hanno un'affezione viscerale. Invece, quelli iposensibili hanno soltanto una sintomatologia rudimentale o localizzano male le sensazioni; più special-

mente, in casi di ulcera, non hanno la sensazione di forme dolorose, ma più che altro di gonfiezza e di ripienezza. In questi individui, l'angina pectoris arriva a costituire la sindrome detta: « angina sine dolore ».

L'A. ha registrato parecchie osservazioni di calcoli enormi della vescica, di colecistite calcolosa, di ulcera gastrica in individui iposensibili, nei quali non avevano dato che dei sintomi poco caratteristici.

Su 296 individui, con sintomi addominali poco significativi, si è trovato che essi appartenevano ad individui iposensibili: in 48, si sono trovate alterazioni organiche dello stomaco, del duodeno e della cistifellea.

La prova menzionata permette, quindi, di apprezzare il significato dei sintomi accusati dal malato ed, al tempo stesso, di differenziare i neuropatici dagli organici. *fil.*

Epistassi sintomatiche di malattie letali.

G. Ferraris (*Il Valsalva*, dic. 1934) riferisce due casi di aleucia emorragica, caratterizzati dalla seguente triade sintomalogica: *a*) epistassi infrenabili con diatesi emorragica; *b*) anemia estrema con i segni più manifesti di una mancante reazione midollare; *c*) infiammazione necrosante, localizzata al cavo orale, con decorso settico.

Il fenomeno per cui i malati erano ricorsi dal medico era stato quello dell'epistassi infrenabile. Il sangue proveniva dal *locus Valsalvae*, ma l'emorragia aveva delle peculiarità proprie. Sangue d'aspetto acquoso, di colore oscuro che sgorgava, non già da un vasellino, ma a nappo. L'adrenalina applicata localmente con uno stuello di garza, agì durante le prime manifestazioni, ma in seguito rimase inefficace.

Caratteristica la diminuzione degli elementi corpuscolati del sangue, per cui i leucociti, nei due casi, scesero pochi giorni prima della morte, rispettivamente a 750 ed a 300 per mmc.; analoghe riduzioni subirono le emazie e le piastrine.

L'A. discute la diagnosi di aleucia emorragica, che ha stretta analogia con la agranulocitosi e che deve ssere tenuta ben distinta dal morbo di Verlhoff. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

La proteosi nell'urina dei reumatici.

Partendo dalle ipotesi di Barany che il reumatismo muscolare avesse una base allergica, e dalle ricerche di Oriel che ha dimostrato come le urine dei soggetti allergizzati contengano una frazione albumidoidea — detta Proteose — formata dall'allergene e da prodotti di scomposizione organica legati al processo stesso dell'allergia, gli AA. Bárány e Kallos hanno applicato al reumatismo muscolare la ricerca delle proteosi nelle urine (*Acta Med. Scandinavica*, vol. LXXXIV, fasc. I, 1934).

Essi hanno infatti trovato che nelle urine dei reumatici muscolari esiste una simile proteosi, che la sensibilità individuale a suo riguardo, saggiata con le cutireazioni, è assai vivace e trasportabile passivamente da uomo a uomo, e dall'uomo alla cavia.

Inoltre essi hanno dimostrato nel sangue di questi malati la presenza di anticorpi capaci di fissare e inattivare il complemento.

L'allergia nel reumatismo muscolare è basato sull'attività di due allergeni, uno dei quali ha origine ignota, probabilmente batterico, e l'altro origine endogena tissulare, e precisamente dal tessuto malato. V. SERRA.

NOMENCLATURA.

Febbre papulosa.

A. Raybaud (*Marseille-Méd.*, 5 giugno 1934) ricorda che, quattro anni or sono, egli aveva attirato l'attenzione sull'inconveniente di denominazioni multiple proposte per designare la malattia individuata per la prima volta a Tunisi da Bruck, Conor e Hayet sotto il nome di *febbre bottonosa.*

Gli argomenti addotti da Raybaud furono accolti da una commissione nominata in occasione del 1° Congresso internazionale d'igiene mediterranea a Marsiglia nel settembre 1932: su proposta del prof. Nicolle, si decise di conservare il nome di « febbre bottonosa », malgrado la sua imperfezione. Tra l'altro, i « bottoni » generalmente mancano. In italiano dovrebbe corrispondervi la designazione di *febbre papulosa,* poichè il « bottone » dei francesi viene denotato come « papula » in italiano.

Non dovrebbe, quindi, più parlarsi di febbre di Marsiglia, febbre del Mediterraneo, tifo esantematico benigno estivo, morbo di Olmer, morbo di Carducci, ecc.

Verrebbero applicate alla terminologia medica le regole che valgono per la terminologia zoologica, in cui p. es. si chiama *Plasmodium* un parassita che non è un plasmodio. Avrebbero una prevalenza assoluta le ragioni di priorità. Allo stesso modo si è convenuto di chiamare *encefalite letargica* un'encefalite in cui, durante tutto il decorso della malattia, la letargia spessissimo manca, ed è sostituita da uno stato di eccitazione.

Ora J. Chalier, M. Planchu e L. Babinand propongono il termine di *dotiendermia acuta;* ma, secondo Raybaud, non si vede la necessità di portare un nuovo perturbamento nella terminologia e di mettere in circolazione un nome nuovo che, quantunque derivato dal greco, nulla aggiunge alle nostre conoscenze nè alla chiarezza dell'espressione... Esso significa « bottoni nella pelle »; lascia dunque da parte la nozione di febbre, che ha la sua importanza; inoltre si presta a confusioni con la dotienenteria, che nulla ha da fare con la questione.

L. V.

(Da « Ann. d'Ig. », Allegato).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

5° *Dott. B. L.* (abbonato N. 10976). — È da ritenere che la quota di partecipazione alle somme pagate dalle persone ricoverate nell'Ospedale sia parte della retribuzione dell'impiegato e, per questo titolo, sia soggetta alla imposta di ricchezza mobile.

6° *Dott. R.* (abbonato N. 9840). — Le norme concernenti il trattamento economico degli impiegati privati nel caso di cessazione del rapporto d'impiego, non sono applicabili agli enti pubblici che hanno un ordinamento giuridico per i loro impiegati.

Nel caso di dispensa dal servizio non è, quindi, dovuta la c. d. indennità per anzianità in ragione dello stipendio di un mese per ogni anno di servizio prestato. Ammette però la giurisprudenza che, nel caso di licenziamento per causa incolpevole sia dovuta una equa indennità, in ragione del servizio prestato. L'art. 64 del T. U. 1934 n. 1265, regolando la condizione dei sanitari condotti nel caso di costituzione, modificazione o scioglimento di consorzi, stabilisce che se il titolare della condotta del consorzio soppresso non è assunto in servizio entro un anno in una delle condotte dei Comuni che facevano parte del Consorzio stesso, ha diritto alla liquidazione della indennità una volta tanto, pari a tante mensilità di stipendio quanti sono gli anni del servizio prestato nella condotta nella quale fu titolare, con un minimo di sei mensilità. Questa disposizione non è applicabile nemmeno per analogia. Ma riafferma il principio generale che ho sopra indicato agli effetti di una indennità nel caso di licenziamento per causa amministrativa.

7° *Dott. Batt. G. da V.* (abbonato N. 6894). — Il Comune poteva revocare l'avviso del concorso ma per causa legittima, che giustifichi tale provvedimento. I concorrenti hanno diritto di ricorrere al Consiglio di Stato in s. g. contro la deliberazione che revoca il concorso. Il termine è di giorni 60 dalla data della comunicazione o della conoscenza positivamente accertata in base ad atti formali dello stesso concorrente.

Se Lei non ha avuto notificazione prima, essendoLe stati ora restituiti i documenti, può chiedere al Comune copia della deliberazione che ha revocato l'avviso del concorso.

8° *Dott. Ett. Q. da T.* (abbonato N. 8813). — Se il capitolato, con disposizione tuttora in vigore, attribuisce la indennità di caroviveri agli impiegati coniugati, io credo che, essendo Lei dal 1929 ammogliato, abbia diritto all'indennità. Lo stanziamento in bilancio non sarebbe sufficiente. È necessario che una disposizione del capitolato o del regolamento organico approvato dalla G. P. A. attribuisca il diritto.

9° *Dott. Salv. F. da S. D. nei V.* (abbonato N. 7089). — Lei è ufficiale sanitario titolare in base a nomina regolare o è semplice incaricato essendo anche medico condotto? Se è titolare ha diritto allo stipendio minimo stabilito dalla G. P. A. e ai relativi arretrati almeno dalla data del provvedimento della Giunta. È assurda la retribuzione di L. 50 annue; anche se semplice incaricato di un servizio accessorio, può chiedere un aumento dell'indennità facendo istanza alla G. P. A.

10° *Dott. Gius. G. da C.* (abbonato N. 7660). — I documenti *pervenuti* dopo la scadenza del termine, non sono valutabili. Non è efficace la data di partenza; vale invece quella di presentazione e, nel caso di trasmissione per mezzo della posta, quella di arrivo.

L'ufficio comunale deve trasmettere anche i documenti tardivamente presentati, sia pure segnalando la data; spetta alla Commissione di deliberare.

11° *Dott. Pas P. da Tr.* (abbonato N. 7961). — Sono persuaso che, per effetto della convenzione italo-svizzera 28 giugno 1888, tuttora in vigore, Lei abbia diritto di esercitare la professione di medico chirurgo, entro i limiti, s'intende, stabiliti dalla convenzione stessa. Quando questa fu approvata, non erano istituiti gli ordini dei sanitari, perciò non fu prevista la iscrizione. Credo, però, che non soltanto Lei abbia diritto, ma sia anche obbligato ad iscriversi nell'albo, con avvertenza della limitazione di esercizio e del titolo speciale (convenzione) in base al quale appartiene all'albo.

12° *Dott. Gius. C. da S.* (abbonato N. 8384). — Trattandosi di misure generali contro la diffusione di malattie infettive, sono applicabili le disposizioni degli art.li 132 e segg. del regolamento 3 febbraio 1901 n. 45. A norma dell'art. 138 il trasporto degli oggetti, le disinfezioni di essi e delle case ordinate dall'autorità sono eseguiti gratuitamente. Quando sieno richiesti da privati, il Comune potrà farsi rimborsare, in base ad una tariffa speciale, le spese fatte, sempre che non si tratti di persona iscritta nell'elenco dei poveri.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuiti.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Concorso, per titoli, al posto di Aiuto Medico del Dispensario provinciale antitubercolare di Ancona. Età massima anni 40; nessun limite per quelli in servizio presso Provincie, Comuni, Consorzi. Occorre diploma di abilitazione all'esercizio di medico chirurgo conseguito da almeno due anni alla data del concorso. Stipendio L. 13.000, oltre indennità di servizio attivo di L. 2210 ridotte in base al Decreto 561 dell'aprile 1934. Scadenza 20 marzo 1935-XIII. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Consorzio presso la Provincia di Ancona.

AQUILA. *Ospedale Psichiatr. Provinc.* — Scad. 28 febb. Medico di Sezione. L. 11.000 e quattro quinquenni decimo; riduzioni e trattenute di legge. Indennità c.-v. Incarico di disimpegnare il servizio di gabinetto, con assegno di L. 1200 lorde. Vitto nei giorni di guardia, o a facoltà dell'Amministrazione indennità giornaliera di L. 8. Indennità alloggio L. 1200, quando questo non fosse fornito nello Stabilimento. Età limite al 28 feb. anni 32. Tassa L. 50,10. Rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

BARI. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Sono revocati i concorsi a direttore del consorzio e del Dispens. antituberc. prov. di Bari e ad aiuto medico del Dispensario predetto.

COSENZA. *Ospedale Civile e Casa di Maternità.* — Concorso per un posto di aiuto. Stipendio annuo nelle L. 2122, oltre percentuale sugli atti operativi. Documenti di rito. Scadenza 15 febbraio 1935-XIII.

FORLÌ. *Congregazione di Carità.* — Al 15 marzo, ore 18, concorso, per titoli, al posto di direttore sanitario e medico primario dell'Ospedale G. B. Morgagni; stipendi L. 3.000 come direttore e lire 12.000 come primario, lorde; compartecipaz. 50 %; età limite 45 anni. Per le altre condizioni chiedere annunzio alla Segreteria.

GENOVA. *Istituto di Studi Scientifico-Pratici sulla tubercolosi.* — È aperto un concorso per 10 posti di assistente volontario presso l'Istituto di Studi Scientifico-Pratici sulla Tubercolosi in Genova. Il concorso viene fatto per titoli. I nominati hanno diritto: 1) di far pratica clinica e di laboratorio nei Reparti dell'Istituto specie in quello di Accertamento, Assistenziale-Curativo e Profilattico; 2) di prestare servizio nella Scuola di Perfezionamento in clinica tubercolare diretta dal prof. E. Maragliano coadiuvato dal prof. Sivori; 3) di lavorare nei laboratori dell'Istituto Maragliano, gentilmente concessi. Alla fine dell'anno verrà conferito un certificato comprovante la frequenza ed il profitto ricavato dalla pratica fatta. Non è attribuito alcun assegno ai nominati i quali non sono tenuti, peraltro, a pagare nessuna tassa per nessun titolo. Le domande relative, corredate dai documenti dei titoli, devono essere indirizzate alla Segreteria dell'Istituto in via Balilla 1, non più tardi del 15 febbraio 1935-XIII. I nominati dovranno prestare servizio dal 1° marzo 1935-XIII.

LIVORNO. *Spedale « Costanzo Ciano ».* — Scad. 18 febbr.; concorso per titoli ed eventualm. esami a primario della Sezione ostetr.-ginecol.; L. 5280, compartecipaz. 50 e 75 % c.-v. Età limite 40-50 anni s. e. r. Chiedere annunzio.

LUGO. *Ospedale Umberto I.* — Al 28 febbraio, ore 18, concorso a due posti di medico assistente, della Sezione Chirurgica e della Sezione Medica; età limite 35 anni al 20 gennaio; attestato dei punti conseguiti in ciascun esame speciale; tassa lire 50,10; doc. a 3 mesi dal 20 gennaio; stip. L. 3300 lorde e partecipaz.; alloggio, vitto ecc. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità.

MILANO. *Istituto Nazion. Vitt. Em. III per lo studio e la cura del cancro.* — Aiuto ed assistente; titoli ed eventualm. esami; stipendi rispettivam. L. 12.000 e L. 10.000, aumentabili di 3/10 e di 2/10, oltre assegno di servizio L. 1200 e L. 1000, partecipaz.; età limite 35 e 30 anni. Nom. annuale; conferme biennali. Scad. ore 18 del 26 marzo. Tassa L. 50,10. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria (piazzale Gorini 20).

MODENA. *Istituto Provinciale di S. Filippo.* — Scad. 28 marzo; sanitario; L. 1200 annue e c.-v.; trattenute e riduzioni di legge; indennità carica L. 1000 lorde; età 21-32 anni s. e. r.; diploma di laurea in medicina e chirurgia; attestato di abilitazione all'esercizio della professione; tassa concorso L. 50,20. Domanda e documenti all'Amministrazione Provinc.

NOVARA. *Ospedale Psichiatrico Prov.* — A tutto il 4 aprile, medico direttore. Rivolgersi alla Segreteria generale dell'Amministrazione.

ORTE (*Viterbo*). *Ospedali Uniti.* — La Presidenza dell'Ente, con avviso del 24 gennaio comunica: « A parziale modifica del manifesto in data 10 gennaio relativo all'avviso di concorso per il posto del Chirurgo Direttore dei suddetti Ospedali Uniti, si avverte che tra i documenti da presentarsi dai candidati si richiede la inscrizione al Partito Nazionale Fascista a norma del D. L. I. Gennaio 1933 N. 641 ».

Per il resto vedere l'annunzio pubblicato nel nostro precedente N. 4 del 28 gennaio u. s.

PALERMO. *Albergo dei Poveri.* — Scad. 28 febbr.; medico dirigente; titoli ed esami; L. 4000. Rivolgersi alla Segreteria dell'Amministraz.

ROMA. *Istituto Nazion. Fascista della Previdenza Sociale.* — Il concorso a 60 posti di medico assistente presso gli Ospedali sanatoriali dell'Istituto è prorogato al 15 febbraio; i documenti a validità temporanea, allegati alle domande presentate oltre il 31 dicembre, dovranno essere di data non anteriore al 15 novembre. Chiedere annunzio alla sede centrale, via Minghetti 22, Roma.

TORTONA (*Alessandria*). *Congregazione di Carità.* — Assistente di chirurgia nell'Ospedale Civile. L. 3500 annue lorde, da dedurre del 12 %; c.-v.; compartecipazione del 20 % e del 5 %, da dedurre del 12 %, rispettivamente sui proventi dell'Ambulatorio e della Sezione Chirurgica, per cure agli abbienti. Età limite anni 30. Rivolgersi alla Segreteria. Scadenza 10 marzo.

UDINE. *Ospedale Psichiatrico Prov.* — Medico di Sezione; L. 11.000, oltre indennità serv. att. L. 2300 e indennità c.-v.; trattenute e riduzioni di legge; sei aumenti periodici di un decimo, dei quali i primi quattro quadriennali e gli altri due quinquennali. Età massima, al 10 gennaio, anni 35 s. e. l. Competenza tecnica acquistata per studi speciali o per servizi prestati in manicomi o in cliniche psichiatriche. Tassa L. 50. Rivolgersi all'Amm.ne Provinciale. Scadenza 28 febbr.

BORSE DI STUDIO.

Fondazione « G. Galilei ».

La Fondazione « G. Galilei », sorta in Pisa per iniziativa dell'Università e per l'alto interessamento del Duce, ha bandito un concorso per una borsa di studio di 15.000 lire a studenti italiani e stranieri che si dedichino alle scienze sperimentali. Possono concorrervi giovani laureati che abbiano conseguito il titolo da non più di cinque anni alla data di chiusura del concorso, fissata il 31 maggio 1935. Le domande, corredate dai documenti e dai titoli scientifici relativi, devono essere spedite in tempo utile alla segreteria dell'Università di Pisa. Il vincitore, se italiano, sarà inviato nell'Istituto in Italia o all'estero che più crederà confacente all'indole dei suoi studi; se straniero, dovrà frequentare un Istituto scientifico italiano. La borsa sarà versata in quattro rate trimestrali, a partire dal 28 ottobre 1935, per la durata dell'anno accademico 1935-36, che sarà anche il periodo minimo di permanenza del vincitore del concorso presso l'Istituto prescelto.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

La Facoltà medica della R. Università di Genova, alla cattedra di fisiologia resasi vacante per la morte del compianto prof. Gaetano Viale, ha chiamato da Palermo il prof. Ugo Lombroso.

Sulle risultanze di un concorso recentemente conclusosi, è stato chiamato alla direzione del Reparto oto-rino-laringologico dell'Ospedale di San Martino in Genova, il prof. Ernesto Pallestrini, incaricato dell'insegnamento della specialità a Modena, primo classificato fra 14 concorrenti.

Il prof. Fulvio Pulcher, incaricato dell'insegnamento dell'igiene nella R. Università di Modena, è nominato vice-direttore dell'Ospedale di S. Martino di Genova, in esito a concorso, in cui è stato classificato primo.

A dirigere l'Ospedale sanatoriale « Alessandrini-Romualdi » di Teramo, al posto del prof. Maestrini, nominato direttore del Sanatorio di Gorizia, è stato chiamato il dott. Ildebrando Potvin.

Il R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, ha proceduto il 20 dicembre 1934 all'esame dei lavori per l'aggiudicazione del Premio Devoto, di lire 10.000, internazionale, da assegnarsi all'autore di un lavoro, pubblicato, il quale « abbia portato un contributo risolutivo su di un punto della patologia del lavoro ».

Vincitore del concorso è risultato il dott. Alfredo Ferrannini, il quale ha presentato dei lavori sulla « Pneumosclerosi dei zolfatari ».

È questa la prima volta che tale premio viene assegnato ad un medico italiano.

La R. Accademia di medicina di Torino ha conferito il premio Lombroso al prof. Leonidio Ribeiro, docente di medicina legale e direttore dell'Istituto di identificazione criminale a Rio de Janeiro; la cerimonia si è svolta con solennità; il Ribeiro ha tenuto una conferenza, illustrata da proiezioni, sulla patologia delle impronte digitali.

Il Senato accademico della R. Università di Modena, nella sua seduta del 18 gennaio, ha conferito per l'anno 1934 il premio « Riccardo Luzzatto », destinato ad un lavoro o complesso di lavori nel campo della biochimica e della terapia sperimentale, alla dott.a Carmina Manunta, aiuto nell'Istituto di Zoologia e Anatomia comparata, per varie pubblicazioni di chimica fisiologica.

Il prof. Mario Comis, ordinario di fisiologia a Parma, è nominato rettore dell'Università per il biennio 1934-36.

Sono nominati presidi di Facoltà mediche per il biennio 1934-36 i proff.: Giovanni Zanda a Cagliari, Ferruccio Schupfer a Firenze, Onofrio Fragnito a Napoli, Alberto Marrassini a Parma, Carlo Ferrai a Pisa, Giuseppe Bolognesi a Siena.

È revocato il decreto con cui il prof. Carlo Righetti, ordinario di Clinica chirurgica generale e tecnica delle dissezioni a Bari, era trasferito a Pisa.

Il prof. Gaetano Martino è nominato ordinario di chimica biologica a Messina.

Il prof. Antonio Sebastiani, nostro collaboratore, già docente in patologia medica, ha conseguito in questi giorni una seconda libera docenza, in semeiotica medica. Rallegramenti.

Il prof. Titus Gané, segretario generale al Ministero della Sanità in Romania, è nominato titolare della cattedra di puericultura, di recente istituita all'Università di Bucarest.

Il dott. Giovanni Lucangeli, tenente colonnello medico a riposo, è nominato podestà di Teramo; a lui si deve, tra l'altro, l'iniziativa del grandioso Ospedale Civile di questa città.

NOTIZIE DIVERSE.

1° Congresso internazionale di gastroenterologia.

Dall'8 al 10 agosto, in occasione dell'Esposizione universale di Bruxelles, avrà luogo il 1° Congresso internazionale di gastroenterologia, il quale ha per scopo di riunire tutti i medici che si interessano di patologia digestiva e di fondare la Società internazionale di gastroenterologia.

Figurano all'ordine del giorno le due questioni seguenti: 1) « Le gastriti »; 2) « Le coliti ulcerose gravi non amebiche ».

L'Italia sarà degnamente rappresentata al Congresso, sia nelle relazioni ufficiali (proff. Donati e Dall'Acqua), sia per opera di un comitato appositamente nominato, la cui presidenza è stata affidata ai proff. Micheli e Frugoni, e nel quale figurano le più note personalità della scienza medica.

Come membri del Congresso sono ammessi tutti quei medici, chirurghi, patologi, radiologi e biochimici, che mandino la loro adesione al comitato ed inviino una quota di 30 franchi belgi, indirizzandola al tesoriere Dr. F. Evely (239 rue Royale Sainte Marie, Bruxelles).

Come membri aderenti saranno ammessi anche i membri della famiglia, mediante versamento di una quota di 15 franchi belgi.

Nello svolgimento dei lavori potranno essere trattati soltanto i problemi inerenti alle questioni poste all'ordine del giorno.

Le adesioni e i titoli delle comunicazioni, accompagnati da un breve autoriassunto, dovranno essere fatti pervenire al segretario del comitato italiano prof. P. Alessandrini (Istituto di Patologia digestiva e dietetica degli Ospedali Riuniti, Ospedale S. Spirito, Roma), non oltre il 28 febbraio. In occasione del Congresso sono state concesse speciali agevolazioni per i viaggi e per gli alberghi (per informazioni rivolgersi: Sez. Exprinter, via Nazionale 96-A, Roma).

1° Convegno per lo studio della tubercolosi osteo-articolare.

Come ne abbiamo dato annunzio nel N. 2. questo convegno si terrà a Cortina d'Ampezzo il 23 e il 24 febbraio.

Temi delle relazioni: « Localizzazioni interne nella tubercolosi osteo-articolare del bambino », relatore il prof. Gino Frontali; « Radio-diagnostica della tubercolosi osteo-articolare », relatore il prof. Raffaele Zanoli.

Saranno anche tenute due conferenze: il prof. Livio Herlitzka tratterà dei « Nuovi indirizzi sulla fisiologia dell'alta montagna »; il prof. Filippo Eredia prenderà in esame « Le caratteristiche climatiche di Cortina d'Ampezzo ».

Associazione medica aeronautica francese.

È sorta allo scopo di costituire un organismo permanente di studi, di propaganda e di collegamento tra personalità mediche le quali s'interessino allo sviluppo dell'aeronautica ed all'utilizzazione di questa a benefizio della sanità. L'associazione faciliterà ai suoi membri la pratica del turismo aereo. Organizzerà un centro di documentazione tecnica e medica. Determinerà rapporti più stretti fra medici, ingegneri costruttori e tecnici dell'aeronautica, per quanto riguarda l'igiene dei trasporti aerei, il trasporto di malati e feriti, l'utilizzazione di tali mezzi a scopo di studio ed a scopo terapeutico. L'Associazione indirà riunioni scientifiche e manifestazioni di propaganda.

Per essere soci occorre: 1° possedere un diploma (francese) di medico, farmacista, chirurgo dentista, o essere interno d'ospedale, o studente con almeno 20 iscrizioni; 2° detenere la licenza di aviatore pilota od osservatore, o aver effettuato dei voli; 3° essere presentato da due padrini. I membri titolari corrispondono una quota di 50 franchi francesi.

Una prima riunione generale si è tenuta il 22 dicembre, nella sede dell'« Aéro-Club » di Parigi (rue Galilée 6). Alla presidenza è stato eletto il dott. Emile Strohl e quale segretario generale il dott. Roberto Charlet. Per informazioni rivolgersi al segretario generale, rue Jouffroy 95, Paris XVIIe.

Prossimi congressi.

La Lega internazionale contro il reumatismo terrà il suo 5° Congresso internazionale nel settembre 1936 a Lund (Svezia); ne sono stati nominati: presidente il prof. S. Ingvar, di Lund; segretario generale il prof. G. Kahlmeter, di Stoccolma. Per informazioni rivolgersi al segretario della Lega, Dr. J. van Breemen, Keizergracht 489/491, Amsterdam, Olanda.

Il 3° Congresso internazionale di otorinolaringologia sarà tenuto a Berlino nell'agosto 1936, sotto la presidenza del prof. Von Eicken. Relatori per l'Italia, sul tema « Radioterapia dei tumori maligni delle prime vie respiratorie », sono stati nominati i proff. Torrigiani e Palumbo.

La data del 7° Congresso internazionale sugli infortuni e le malattie del lavoro, indetto a Bruxelles, è fissata per i giorni 22-26 luglio. La segreteria generale è stata assunta dal Dr. L. Dejardin, rue du Commerce 23, Bruxelles, Belgio.

Il 16° Congresso internazionale di antropologia è indetto a Bruxelles dal 5 all'8 settembre; alcune Sezioni interessano la medicina. Segretario generale: Dr. L. Dekeyser, rue des Sablons 9, Bruxelles, Belgio.

Il 4° Congresso dentario belga avrà luogo a Bruxelles dal 1° al 5 agosto, nell'Istituto dentario Eastman; presidente: Joachim; segretario generale: Dumoulin. Seguirà una Sessione della Federazione dentaria internazionale, presieduta da Georges Villain di Parigi e che si prolungherà fino al 10 agosto. Sede: avenue Fousny 15, Bruxelles, Belgio.

L'8° Congresso delle società francesi d'oto-rino-laringologia si adunerà a Nizza durante le vacanze pasquali; segretario generale ne è il Dr. Auguste Tournay, rue de Vaugirard 58, Paris 6e.

Nel mese di maggio si svolgerà a Ginevra la prima Settimana internazionale d'igiene. Segreteria: rue Butin 3, Genève, Svizzera.

Pure per il maggio sono annunziate a Lilla le Giornate di studi biologici del cancro. Commissariato generale: rue Royale 101, Lille, Francia.

Un Congresso di storia della medicina greca si terrà ad Atene dall'8 all'11 maggio; sarà diviso in tre sezioni, che tratteranno lo sviluppo della medicina ellenica contemporanea sotto tre punti di

vista: 1° scientifico; 2° dell'organizzazione igienica e 3° nei riguardi professionali. Sono in programma ben 105 relazioni, nonchè 79 comunicazioni.

La Società tedesca per la medicina interna, in considerazione del cambiamento portato nella data d'inizio dei semestri di studio, ha deliberato di anticipare la data di convocazione del suo 47° Congresso, che resta indetto dal 25 al 28 marzo in Wiesbaden.

In rapporto con il congresso di cui sopra, il 24 e il 25 marzo si riunirà la Società tedesca per le ricerche sulla circolazione, e il 28 e il 29 marzo si riunirà la Società tedesca di idro-climatologia. Alcune sedute saranno tenute in comune.

Azioni giudiziarie.

Il Prefetto di Seine-et-Oise (Francia) aveva annullato una deliberazione del Consiglio municipale di Athis-Mons, il quale intendeva d'istituire un dispensario municipale. L'annullamento era determinato dalla considerazione che il dispensario avrebbe danneggiato il libero esercizio dei medici nel comune. Un contribuente ha avanzato ricorso contro il provvedimento prefettizio, presso il Consiglio di Stato, il quale ora ha approvato il divieto del prefetto, ma solo per quanto concerne il libero esercizio, mentre ha consentito l'istituzione del dispensario per gli indigenti. In altri termini, i medici del dispensario non potranno fare le visite professionali agli abbienti.

Il dott. Barthélemy, esercente a Longueville-sur-Metz (Francia), aveva curato per circa due anni, nel 1927 e nel 1928, una signora; molto dopo egli le inviò una parcella di 7085,50 franchi. La signora oppose resistenza, adducendo la prescrizione, poichè erano trascorsi più di due anni (art. 2272 del C. C. francese); tuttavia riconobbe di essere in debito, ed in base a questa dichiarazione il Tribunale di Metz ebbe a condannarla. Ella si limitò poi a corrispondere 1800 franchi e interpose appello; ma questo ora è stato respinto (Corte d'appello di Colmar, Camera civile distaccata a Metz).

Medici e infermiere scioperano all'Avana.

Centocinquanta medici, impiegati nell'Ospedale municipale dell'Avana, e tutte le infermiere e gli impiegati dell'Ospedale stesso hanno dichiarato lo sciopero in seguito al rifiuto del sindaco di reintegrare tre assistenti licenziati per insubordinazione. Più di trecento ammalati nel reparto maternità e in quello del pronto soccorso sono rimasti senza assistenza, e si sono dovuti organizzare degli aiuti volontari.

Gli studenti dell'Università di Avana hanno anch'essi dichiarato lo sciopero per solidarietà con i medici, mentre gli Ospedali venivano circondati da soldati e agenti di polizia, in seguito a minacce di violenze contro i volontari. Non sono per altro avvenuti disordini gravi. Gli Ospedali spagnoli hanno offerto i loro servizi al Governo.

(Notiamo che in Italia, sotto l'impero del Fascismo, il quale ha instaurato il règime delle corporazioni, fatti gravi del genere non potrebbero neppure concepirsi, mentre di tempo in tempo ne sono denunziati altrove).

Un po' dovunque.

Nell'aula della R. Clinica neuro-psichiatrica di Napoli, gentilmente concessa dal prof. O. Fragnito, si è tenuto l'annunziato 20° Convegno del Gruppo centro-meridionale-siculo-sardo della Società italiana di radiologia; v'intervenne il prof. L. Siciliano, presidente della Società; presiedeva il prof. G. Piccinino. Fu commemorato il prof. Tandoja dai proff. Busi, Chiarolanza, Piccinino, Sorrentino e altri. Venne poi svolto e discusso il tema: « Irradiazione post-operatoria del carcinoma della mammella », su relazione del prof. D'Istria; seguirono varie comunicazioni. Ebbe luogo una gita a Pompei. La prossima riunione si terrà a Catania.

A Padova, nella R. Clinica Ostetrico-Ginecologica, il 2 dicembre 1934 venne fondata la Società di Ostetricia e Ginecologia delle Venezie. Alla presidenza vennero eletti: proff. A. Bertino, presidente; E. Santi, vice-presidente; E. Maurizio, segretario; E. De-Biasi, economo. La 1ª riunione scientifica venne tenuta a Padova il 6 gennaio 1935. Il presidente aprì la seduta commemorando il prof. Pestalozza. Furono poi fatte 11 comunicazioni.

Nell'Ospedale Italiano di Buenos Aires si sono tenute delle riunioni scientifiche il 2 ottobre e il 3 novembre, sotto la presidenza del prof. N. V. Greco, assistito dal segretario dott. A. Bigatti. Nella prima seduta furono fatte comunicazioni da: R. Palazzo, D. Calisti, J. Foglio - B. Prosdocimi, J. Capurro - A. Bigatti; nella seconda da: N. V. Greco, D. Calisti, A. Grapiolo - C. L. Pinto, D. Boccia - J. Rizzo - B. Palazzo, E. Pierini, V. Girardi - F. F. Oliva.

La Società argentina di elettroradiologia medica si è adunata il 17 dicembre.

La Società di Cultura Medica Novarese si è adunata il 3 gennaio, sotto la presidenza del prof. G. Dellepiane, assistito dal segretario V. Gallina. Furono fatte comunicazioni da: S. M. Dogliotti, G. Dellepiane, G. F. Capuani, F. Ottolenghi.

Nell'aula magna della R. Università di Milano, gremita di un folto pubblico, la Società Dantesca Italiana ha inaugurato le proprie manifestazioni culturali per l'anno 1935 con una conferenza sul tema: « Dante clinico ». L'argomento è stato svolto dal dott. Ernesto Trucchi.

A Milano, presso la sede dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza sociale, sono stati inaugurati recentemente i nuovi locali destinati alla Mutualità scolastica dell'Istituto per la profilassi e la cura inalatoria infantile, a beneficio dei bimbi che presentano forme di rachitismo e di adenoidismo. La cerimonia si è svolta alla presenza dell'on. Giuseppe Bottai. Hanno parlato i proff. Poni, presidente, e Andrea Vinaj, direttore degli uffici di cura.

Il 23 dicembre fu solennizzato il cinquantenario dell'ospedale « Evangelismos » di Atene, il più grande della Grecia; intervennero alla cerimonia il presidente della Repubblica, il presidente del Governo, il ministro della previdenza. L'ospedale venne fondato dalla compianta regina Olga, col concorso dei filantropi Synbros e Sournaras; in

principio comprendeva 110 letti, ma gradatamente il numero di questi venne portato a 550; esso risulta di 33 Sezioni; vi sono rappresentati tutti i rami della medicina.

L'Ospedale Britannico di Costantinopoli è stato chiuso il 31 dicembre, a causa d'insormontabili difficoltà finanziarie.

Il 14 gennaio, nel Museo d'igiene della città di Parigi, fu inaugurata una Sezione sulla difesa antiaerea passiva.

Il Consiglio Municipale di Parigi ha approvato un progetto relativo alla costruzione di annessi alla Facoltà di medicina, nel posto occupato dal vecchio Ospedale della « Charité ». Il progetto prevede che l'area e l'edifizio attuali verranno ceduti dall'« Assistance publique » all'Università, dietro corrispettivo di 20 milioni di franchi; per la costruzione dei nuovi edifizi è prevista la spesa di 63 milioni di franchi.

È prossimo ad essere ultimato e comincerà presto a funzionare il nuovo brefotrofio di Reggio Calabria.

L'Istituto sanatoriale di Roma, già intitolato a Benito Mussolini, lo è stato ora a Carlo Forlanini.

L'Istituto tedesco per le missioni mediche ha festeggiato il 25° anniversario della sua fondazione; hanno parlato i proff. Olpp, Doerfler, Fischer e altri. L'Istituto ha lo scopo di preparare e assistere i medici e le infermiere delle missioni, nel campo scientifico e pratico; esso è in stretta connessione con l'Università di Tubinga.

Per gli ospedali di Bordeaux si è istituito un deposito di sangue umano, proveniente da datori professionali o volontari, saggiato per gruppi, distribuito in boccette da 300 cc., mantenuto liquido per mezzo di citrato sodico e conservato in refrigerante; si può usarlo per due o più settimane.

Traendone motivo da un articolo di « Rinnovamento Medico », ove si mettono in discussione i resoconti, pubblicati in alcuni periodici, del Congresso della stampa medica latina, il prof. Capasso ribadisce ed avvalora, nel « Pensiero Sanitario » del 15 gennaio, il concetto della inopportunità di una rivista medica di Stato e richiama l'attenzione sul Bollettino del Consiglio Nazionale delle Ricerche, il quale documenta tutta la produzione medica italiana.

Con ordinanza di sanità marittima numerose provenienze sono sottoposte alle misure contro la peste, il colera od il tifo esantematico.

La prova relativa di paternità per mezzo dei gruppi sanguigni è stata ammessa, per la prima volta in Egitto, da un Tribunale del Cairo: una perizia, eseguita da tre medici, stabilì che un bambino postumo, nato dal secondo matrimonio di un ricco notabile, poteva esserne il figlio.

Al dott. cav. Francesco Cravero, il quale vanta un cinquantennio di condotta medica (dal 5 luglio 1884), il podestà di Pinerolo, molti amici ed estimatori hanno offerto una medaglia d'oro, come omaggio del comune.

Innanzi al padiglione dei laboratori della Facoltà medica di Atene è stata eretta una statua in onore di Ippocrate.

GUGLIELMO BILANCIONI

Con la morte del prof. GUGLIELMO BILANCIONI, avvenuta il 6 gennaio scorso, un grave lutto colpisce la scienza italiana, che aveva in Lui uno dei più appassionati e laboriosi cultori ed alla quale aveva dedicato tutta la Sua vita.

Scompare con Lui una tipica e bella figura di scienziato, che nel campo pratico dottrinale aveva impresso l'orma della Sua vasta intelligenza, acquistandosi benemerenze di primissimo ordine.

Mentre ci accingiamo a rievocare la Sua vita densa di opere, sentiamo ancora nel nostro cuore vivo il dolore per la Sua immatura scomparsa, che ha commosso profondamente l'animo dei colleghi, dei discepoli e di tutti coloro che poterono comunque apprezzare le Sue alte doti di mente e di cuore.

Quanti avevano avuto la fortuna di conoscere in vita il Maestro scomparso, erano rimasti sorpresi dell'attività instancabile di quest'Uomo, che trattava con intuito sicuro e con il massimo equilibrio i più svariati argomenti di scienza, di storia e di arte, arricchendo in tale maniera il patrimonio culturale della Nazione, con opere che difficilmente verranno dimenticate.

La Sua opera più bella è quindi l'armonico complesso della Sua attività, perchè Guglielmo Bilancioni scienziato ed umanista non rappresentava il tipo dello studioso, interamente preso dalle indagini della materia prediletta e sordo alle voci dell'arte e del dovere, ma assommava in sè tutte le virtù dell'Italiano nuovo, pronto a lasciare la severità degli studi o il chiuso raccoglimento di un laboratorio, per andare dove il Suo amore per il bello, il Suo cuore di Italiano lo spingevano.

Tutta la Sua vita quindi è densa di idee e di fatti, per cui sembra quasi impossibile che un uomo in solo 53 anni di vita abbia potuto compiere, con una tenacia ed un amore al lavoro senza pari, un complesso così importante di opere, che stanno chiaramente a dimostrare la Sua preparazione profonda e la Sua vasta intelligenza.

Ad un grande senso di bontà e di tenacia univa un amore intenso per le ricerche storiche e scientifiche, che fin dai primi anni della Sua carriera lo avevano imposto alla attenzione dei maestri, destando ammirazione nei condiscepoli, fino a farne uno dei nostri migliori insegnanti, alla cui scuola si era venuta formando una valorosa schiera di giovani.

Ed a noi che lo avevamo seguito negli ultimi anni della Sua feconda maturità e che avevamo avuto modo di apprezzare le Sue alte doti di Maestro e di Sanitario, non rimane che il conforto di pensare a questa vita degnamente dedicata allo studio ed al lavoro, come ad un esempio difficilmente imitabile.

E queste parole non vogliono essere altro che l'espressione sincera del nostro profondo dolore e della nostra devota riconoscenza per un Uomo, che consideriamo ancora in mezzo a noi, essendo questa la sorte degli spiriti eletti, che sopravvivono con le opere e con le virtù oltre la vita terrena.

* * *

Il Prof. Guglielmo Bilancioni nacque a Rimini il 2 luglio 1881 e dopo aver dato ampie prove del Suo ingegno durante il periodo studentesco, nel quale si guadagnò tre premi « Rolli » in Pato-

logia generale e Materia medica, in Patologia medica e Medicina legale, in Oculistica e Dermatologia, frequentando nello stesso tempo il laboratorio di Patologia generale diretto dal Prof. Bignami e quello di Fisiologia diretto dal Luciani, compiendo sotto la guida dei suddetti Maestri, che Lo ebbero sempre particolarmente caro, importanti ricerche sperimentali ed istologiche, ottenne la laurea, con il massimo dei voti, nel luglio 1905 presso la R. Università di Roma.

Nel 1906 gli fu conferito il premio Corsi e la riconferma per l'anno seguente, che gli permise di perfezionarsi presso un Istituto Scientifico.

A questa attività strettamente scientifica e sanitaria va aggiunta quella non meno importante di uomo e di cittadino, che ci fa considerare la personalità del Maestro scomparso sotto un aspetto profondamente umano e patriottico.

In occasione infatti del terremoto che devastò nel 1915 la Marsica partecipò, con alto senso di civismo e di solidarietà umana, all'opera di soccorso, meritandosi per tal motivo la medaglia di bronzo.

Allo scoppiare della guerra, sebbene riformato per una grave malattia alla articolazione di un arto, partì volontario ed esplicò instancabilmente



(2 luglio 1881 - 6 gennaio 1935).

Così fin dai primi anni comprese quale compito dovesse adempiere un giovane che aspirava a fare della Sua vita una missione nobile in favore della umanità sofferente, quasi presago della morte in età ancora giovane. È con tale proposito gli fu possibile giungere alla fine della Sua giornata con un complesso di opere e di attività veramente degno di ammirazione.

Iniziò rapidamente quella carriera scientifica che lo doveva condurre alla direzione della Clinica di Roma ed infatti negli anni che vanno dal 1907 al 1910 fu assistente negli Ospedali Riuniti, dopo aver sostenuto un concorso per esami, ed in seguito ad una nuova prova venne nominato aiuto presso la Clinica Otorinolaringoiatrica, ottenendone le successive riconferme.

Conseguì quindi, dal 1911 al 1914 la libera docenza per esami in Patologia generale, in Otorinolaringoiatria per titoli e nella Storia della medicina. Esercitò dal 1912 al 1913 il libero insegnamento, contribuendo validamente, con la Sua preparazione culturale e con il Suo alto senso educativo, alla formazione di parecchi giovani specialisti, che, siamo sicuri, terranno alto il Suo nome di Maestro.

la Sua opera, come Capo Reparto di Otorinolaringoiatria prima e come consulente di Armata poi.

Nel 1919 fu nominato Direttore del Reparto Otologico dell'Ufficio Psico-Fisiologico di Aviazione Militare in Roma e nello stesso anno gli fu assegnato il « Premio Baccelli » al merito Clinico.

Dopo essere stato nominato, in seguito a concorso, Professore straordinario di Otorinolaringoiatria nella R. Università di Pavia, e dopo essere stato chiamato, con voto unanime, a dirigere la Clinica di Pisa, che sotto il suo fervido impulso si pose, in soli tre anni, all'altezza dei migliori Istituti italiani del genere, nel 1929 venne nominato direttore della Clinica Oto-rino-laringoiatrica di Roma, che ha diretto fino agli ultimi giorni della Sua vita, anche durante la malattia che doveva condurlo alla tomba; dando così ancora una volta prova del Suo pieno senso del dovere.

Fu un Fascista fervente: era iscritto al Partito dal 1923, epoca in cui il Fascio di Rimini, in riconoscimento dei Suoi meriti di Italiano, fedele alla Causa Mussoliniana, gli conferì la tessera *ad honorem*.

Fondò nel 1925 la Rivista mensile intitolata « Il

Valsalva », uno dei migliori Periodici italiani della specialità, che sotto la Sua guida si affermò in breve tempo per la originalità della trattazione di tutti i più importanti problemi di Otorinolaringoiatria e di quelli relativi alla storia della medicina, oltre che per la costante esaltazione delle più grandi figure mediche del passato, esaltazione tanto più opportuna e meritoria in quanto con ciò Egli si impose in ogni occasione di rivendicare ad Autori Italiani scoperte e principî scientifici attribuiti invece a stranieri.

Fu quindi Suo grande merito quello di aver compreso, ai fini culturali e politici, l'importanza delle ricerche storiche della medicina sulla parte meno conosciuta, ma non per questo meno interessante, della vita e delle opere dei nostri Sommi.

Per questa Patriottica opera, oltre che per i Suoi meriti specifici di scienziato, venne nominato Membro del Consiglio Superiore di Sanità Pubblica, Socio Ordinario della Accademia Medica di Roma e Socio corrispondente dell'Accademia Medico-Chirurgica di Bologna, dei Fisiocritici di Siena e della R. Commissione Vinciana.

Contribuì efficacemente inoltre, attraverso i Suoi scritti e la Sua parola, alla affermazione del pensiero scientifico Italiano all'Estero ed alla diffusione della cultura, tanto che parecchie Società Italiane e Straniere, quali la Società di Fonetica Biologica di Vienna, le Società di Otorinolaringologia Spagnola, Francese, Polacca, Ungherese e il Collegium Amicitiae Sacrum lo annoverarono come membro ordinario e come socio straordinario.

A complemento della Sua rivista « Il Valsalva » e a raccogliere e valorizzare quanto di veramente originale e interessante si riferisse a studi e specialistici e affini alla specialità e nel campo storico della Medicina, negli ultimi tre anni promosse la pubblicazione di poderose monografie costituenti la « Collana del Valsalva », la quale si arricchì in breve di ben diciassette volumi.

Ma se tutta questa attività basterebbe ad innalzare un uomo nella considerazione e nella stima dei propri simili, il Maestro scomparso merita tutta la nostra ammirazione e quella dei Sanitari d'Italia per avere dato alle stampe circa 300 pubblicazioni, riguardanti i più svariati argomenti e problemi sia di Patologia e di Clinica, sia di Biologia generale e di Storia della Medicina, che di arte in rapporto alla scienza medica.

Troppo lungo sarebbe per noi esaminarle singolarmente tutte e parlarne degnamente, per cui ci limiteremo a ricordare soltanto quelle che recano una impronta di vera originalità e che segnano l'indirizzo della Sua scuola.

Merita innanzi tutto uno speciale rilievo il Suo completo « Trattato di Otorinolaringoiatria » e lo studio sull'influenza del fattore morfologico in patologia e quello profondissimo dedicato alla « tubercolosi faringea e laringea ».

A Lui si deve anche la poderosa opera scientifica in due volumi, intitolata « Prime linee di una Patologia dello sviluppo », accolta da tutti i competenti con interesse ed ammirazione.

Ma il prof. Bilancioni, anche con gli altri due volumi « La voce parlata e cantata normale e patologica » e « Un grande allucinato dell'udito - Martin Lutero », non limitò le Sue cure alla trattazione dei problemi scientifici e di quelli inerenti alla specialità, poichè conta al Suo attivo un importante numero di scritti a carattere letterario, che gli avevano meritato una larga rinomanza nel pubblico dei lettori.

Per tutta questa somma di attività, per tutte le iniziative intraprese e condotte a termine, per la stima di cui era circondato e per le benemerenze acquistate in tutti i campi, il compianto Maestro poteva andare fiero della Sua vita, che deve essere considerata come un esempio continuo di bontà, di tenacia e di amore al lavoro.

Si può dire che Egli è caduto, non stanco, al Suo posto di operosità e di responsabilità e noi nel salutare commossi la Sua memoria inviamo ai figli ed ai famigliari i sensi del nostro più profondo dolore.

G. VIDAU.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red capo A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

ANNO XLII — Roma, 11 Febbraio 1935 - XIII — Num. 6

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

PROBLEMI SOCIALI

CLINICA NEUROPSICHIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. S. DE SANCTIS

Contributo clinico alla conoscenza della instabilità dei minorenni.

Dott. C. TROILI, assistente vol.

I recenti studi nel campo neurologico hanno portato i vari osservatori a riferire a lesioni anatomiche molti disturbi finora considerati di ordine funzionale psicogeno, perchè erano insufficienti i mezzi semeiologici a disposizione per esplorare il sistema extrapiramidale, il neurovegetativo e l'endocrino.

È ormai di molti lustri la classificazione di S. De Sanctis sui minorenni deficitari cronici; egli li divise in biopatici, cerebropatici, biocerebropatici e disglandulari a seconda del gravame ereditario e dei segni a carico della motilità, del sistema umorale, ecc. che presentavano.

I biopatici sono detti nella nostra scuola anche oggi *aparetici*, ma in modo relativo, perchè un attento esame neurologico mette in evidenza disturbi motori spesso tenui e di difficile rilievo che però stanno ad attestare, una lesione, per quanto tenue, dei centri nervosi.

Molti altri autori si sono interessati dell'argomento e fra i principali il Dupré, l'Homburger, il Thomas, il Tanzi, lo Jacob, ecc. Fin dal 1909 però il De Sanctis descriveva dei « piccoli segni » motori che egli e i suoi allievi correntemente notavano in molti frenastenici biopatici. Tali segni erano: tremori, spasmi, ipocinesie, ipercinesie, iperriflessia, mancinismo, pseudomancinismo, ambidestrismo, ecc. Nel 1925 nella sua opera *Neuropsichiatria infantile*, il De Sanctis spiegava che la ragione per cui gli « aparetici » presentano scarse sindromi motorie in confronto ai cerebropatici, era in dipendenza di leggere lesioni della corteccia o dei nuclei della base. Più tardi lo stesso De Sanctis (Forme cliniche neuropsichiatriche con *deficit* mentale 1933) distingueva i minorenni deficitari cronici in tre tipi, a seconda del prevalere dei disturbi piramidali o extrapiramidali o di tutti e due i sistemi. Fissava così tre tipi clinici:

Tipo A), in cui predominano i sintomi a carico della corteccia e delle vie piramidali;

Tipo B), con prevalenza della sintomatologia subcortico-striata ed extrapiramidale;

Tipo C), casi con sintomatologia mista, corticale e basale.

Anche nei deboli-instabili e negli instabili « puri » non mancano disturbi neurologici. Da anni il De Sanctis in base a lunga esperienza clinica sostiene che quei *piccoli segni motori*, già descritti a proposito dei frenastenici biopatici, sono presenti anche negli anormali psichici (veri) che si incontrano comunemente nelle scuole. Al Congresso Nazionale Medico-pedagogico di Milano del 1930 egli nella sua relazione sugli anormali ribatteva questo suo vecchio concetto e concludeva che molti casi di *debolezza* (vera) sono prodotti da fatti flogistici della corteccia cerebrale, che nella maggior parte dei deboli-instabili e instabili, la localizzazione del processo morboso risiede, oltre che nella corteccia anche nei gangli della base, ed infine che in alcuni instabili puri con disturbi del tono e in genere del sistema extrapiramidale, la localizzazione del processo morboso originario era da ricercarsi come prevalente nella base.

Nel terzo Congresso Medico-pedagogico tenutosi in Roma nel settembre 1933, il problema clinico neurologico degli anormali psichici del carattere, veniva nuovamente impostato e discusso da S. De Sanctis, come quello che dovesse in buona parte risolvere la questione dell'instabilità.

Scopo del presente mio lavoro è di esaminare dal punto di vista neurologico in generale ma, in special modo, ricercando i « piccoli segni motori » già osservati nei frenastenici biopatici, la sintomatologia extrapiramidale, in un certo numero di fanciulli valutati ambulatoriamente come *Instabili puri*, cioè senza debolezza mentale.

I disturbi motori osservati nei frenastenici che sono oggetto delle nostre ricerche, vengono dal De Sanctis riuniti in sei gruppi:

1) Disturbi nei movimenti passivi (ipertono, ipotono);

2) Alterazione dei riflessi profondi;

3) Disturbi nei movimenti attivi (forza muscolare, abilità motrice);

4) Disturbi della loquela, della mimica e dell'andatura;

5) Alterazioni grossolane nella sfera motrice (spasmi, ticchi, tremori, sincinesie, paresi, movimenti coreici e atetoidi, fenomeni catatonici);

6) Disturbi oculari (strabismo, alterazioni pupillari). (Cfr. S. De Sanctis: *Neurops. infant.*, p. 475).

In questi sei gruppi, come è facile notare, sono elencati sintomi di sicuro significato cortico-piramidale e sintomi di probabile natura extrapiramidale. Però in questo lavoro abbiamo inoltre ricercati i riflessi di postura locali (bicipite, tibiale anteriore, muscoli posteriori della coscia), il segno della troclea dentata (Camillo Negro) ed alcuni dei riflessi di posizione generale, cioè di quei riflessi tonici (Balduzzi) che servono a mantenere la posizione normale del corpo durante il riposo o nella marcia.

È noto però che lo studio di questi riflessi statici e stato-cinetici, quantunque il Cerletti, il De Lisi e il Balduzzi vi abbiano molto contribuito, è solo all'inizio, e attende ancora di essere approfondito per poterne trarre delle conclusioni pratiche. Certo è che, malgrado le nostre ricerche sui venti soggetti, di cui ora parleremo, i detti riflessi non possiamo certificarli, perchè alcuni non ci fu possibile di verificarli e la morbosità di qualche accertamento positivo non si potrebbe assicurare.

Le nostre osservazioni furono eseguite sopra venti fanciulli di sesso maschile, di età variabile fra i dieci e dodici anni, dieci dei quali presentavano il fenomeno catalettoidismo, tutti instabili, ossia anormali del carattere, non epilettici, senza debolezza mentale, rilevabile con interrogatorio e con i reattivi del De Sanctis. Questi venti fanciulli instabili non presentavano paralisi di sorta, quasi tutti erano alunni di scuole all'aperto nelle quali si inviano fanciulli gracili.

Riferiamo brevemente le storie cliniche dei nostri venti minorenni:

R. F., anni 11.

Nonni paterni morti in tarda età sembra per bronco polmonite. Nonno materno vivente e sano. Nonna materna morta di tumore alla mammella. Zii viventi e sani. Padre sano. Madre pleuritica. Tre gravidanze a termine.

Secondogenito da gravidanza e parto normale. Sviluppo psico-fisico normale. Enterocolite all'età di 16 mesi che si è protratta per circa due mesi. Morbillo a sei anni. Non enuresi nè convulsioni.

Esame obbiettivo generale: Costituzione gracile. Pannicolo adiposo scarso. Masse muscolari poco sviluppate. Cute e mucose pallide. Micropoliadenia. Organi interni normali.

Esame neurologico: Nulla a carico dei nervi cranici. Muscoli del collo normali. Atteggiamento, motilità attiva e passiva degli arti superiori ed inferiori, normali. Destrismo dinamometrico. Riflessi: rotulei sono esagerati con patellari superiori. Vivaci pure gli achillei. Osteo-periostei, cutanei e mucosi normali. Iridei normali. Riflessi di postura locali: appena accennati quelli dei tibiali anteriori simmetricamente. Non si apprezzano quelli del bicipite e del quadricipite. Riflessi di postura generali: non sono alterati. Non disturbi della sensibilità.

Esame psichico: contegno instabile, attenzione mobile, umore gaio, intelligenza sufficiente.

Diagnosi: Instabilità (di origine infettiva?) in predisposto alla tubercolosi.

U. O., anni 12.

Nessun precedente ereditario. Padre modico bevitore. Non lue. Madre sana. Otto gravidanze a termine. Quattro figli morti in tenera età per bronco-polmonite ed enterite. Quarto genito da gravidanza e parto normale. Primi denti a dodici mesi. Primi passi a sedici mesi. Prime parole a venti mesi. Ha sofferto di rachitismo. Morbillo a tre anni; mai convulsioni nè enuresi.

Esame obbiettivo generale: Soggetto di costituzione scheletrica gracile. Pannicolo adiposo scarso. Qualche ghiandola latero-cervicale. Organi interni normali.

Esame neurologico: Non segni di paresi o paralisi, nè alterazioni del tono muscolare. Lievi tremori a scosse a mani protese e a lingua protrusa. Stazione eretta e deambulazione normale. Destrismo. Riflessi: rotulei vivaci con patellari superiori. Achillei normali. Osteo-periostei, cutanei, mucosi, normali. Riflessi pupillari normali. Riflessi di postura locali: presente bilateralmente quello del tibiale anteriore. Non si apprezzano quelli del bicipite e del quadricipite. Riflessi di postura generali: non sono alterati. Nulla a carico della sensibilità sia superficiale che profonda. Non disturbi della loquela.

Esame psichico: Attenzione mobile, percezione adeguata, memoria ed immaginazione normali. Contegno instabile, intelligenza sufficiente.

Diagnosi: Instabilità, in soggetto gracile.

S. C., anni 10.

Nonno paterno vivente e sano. Nonna materna morta di tubercolosi polmonare. Uno zio materno morto di meningite tubercolare. Padre bevitore. Ha abbandonato la famiglia. Madre sana. Cinque gravidanze di cui due aborti. Secondo nato da gravidanza e parto normale. Allattamento artificiale. Sviluppo psico-fisico in ritardo. A 12 mesi ha sofferto enterite. Scarlattina a sei anni. In seguito fu operato di mastoidite. Non enuresi nè convulsioni.

Esame obbiettivo generale: Facies adenoidea. Oligoemia accentuata. Numerosi gangli palpabili nei vari territori. Organi interni normali.

Esame neurologico: Oculomozione normale. Nulla a carico degli altri nervi cranici. Motilità attiva e passiva degli arti superiori ed inferiori normale. Stazione eretta e deambulazione normali. Destrismo. Riflessi: rotulei vivaci, con patellari superiori. Vivi gli achillei. Presenti gli addominali. Pupille uguali e bene reagenti. Riflessi di postura locali: non si mettono in evidenza. Riflessi di postura generali: non sono alterati. Sensibilità normale.

Esame psichico: Attenzione mobile. Memoria labile. Umore gaio. Contegno scorretto. Intelligenza sufficiente.

Diagnosi: Instabilità da alcoolismo in soggetto predisposto alla tubercolosi.

R. N., anni 11.

Nonni paterni bevitori ancora viventi. Nonni materni viventi e sani. Padre morto per bronco-polmonite. Bevitore. Madre sana. Tre gravidanze a termine. Primogenito da gravidanza e parto normale. Allattamento misto. Dentizione, deambulazione, loquela, in epoca tardiva. Morbillo e pertosse all'età di quattro anni.

Esame obbiettivo generale: Condizioni generali scadenti. Scarso pannicolo adiposo. Pallore intenso cute e mucose. Micropoliadenia periferica generalizzata. Organi interni normali.

Esame neurologico: Nulla a carico dei nervi cranici. Lievi tremori a mani protese e a lingua protrusa. Non disturbi della motilità attiva e passiva degli arti. Stazione eretta e deambulazione normali. Destrismo. Riflessi: rotulei vivaci con patellari superiori. Achillei vivi. Iridei normali. Riflessi di postura locali: non si apprezzano. Riflessi di postura generali: non sono alterati. Nulla a carico della sensibilità sia superficiale che profonda. Sensi specifici in ordine.

Esame psichico: Attenzione mobile. Contegno scorretto. Comportamento iperattivo. Impulsività. Intelligenza sufficiente.

Diagnosi: Instabilità da eredo-alcoolismo (e da malattia infettiva ?).

F. A., anni 11.

Non ereditarietà morbosa. Padre e madre forti bevitori. Nove gravidanze a termine. Tutti i figli viventi. Uno soffre di enuresi. Nato a termine da parto normale. Dentizione, deambulazione e loquela in epoca normale. A cinque anni scarlattina.

Esame obbiettivo generale: Discreto sviluppo scheletrico e muscolare. Pannicolo adiposo scarso. Pallore intenso della cute e delle mucose. Qualche ghiandola nelle varie stazioni. Nulla a carico dei vari organi interni.

Esame neurologico: Oculomozione normale. Motilità attiva e passiva normale. Non disturbi della stazione eretta e nella deambulazione. Mancinismo. Riflessi: presenti e vivaci i rotulei e gli achillei bilateralmente. Addominali e cremasterici presenti. Iridei normali alla luce e all'accomodazione. Riflessi di postura locali: presente quello del bicipite brachiale. Mancano quelli del quadricipite femorale. Riflessi di postura generali: non sono alterati. Non disturbi nella sensibilità.

Esame psichico: Distraibilità. Immaginazione vivace. Intelligenza sufficiente. Contegno iperattivo. Impulsività.

Diagnosi: Instabilità da eredo-alcoolismo (e da infezione ?).

A. M., anni 11.

Nonna paterna morta di paralisi cardiaca. Nonno paterno e nonni materni viventi e sani. Padre sano. Madre anemica, deperita. Cinque gravidanze a termine. Una sorella morta in seguito a pleurite e bronco-polmonite. Terzo nato da gravidanza e parto normale. Allattamento artificiale. Dentizione, deambulazione, loquela in epoca tardiva. A quattro anni morbillo complicatosi con bronco-polmonite.

Esame obbiettivo generale: Costituzione scheletrica regolare. masse muscolari bene sviluppate. Cute e mucose rosee. Micropoliadenia. Organi interni normali.

Esame neurologico: Non disturbi del tono muscolare. Lievi tremori a mani protese. Destrismo. Riflessi: i rotulei appaiono vivaci con patellari superiori. Normali i riflessi mucosi, muscoli cutanei e periostei. Gli iridei presenti alla luce e all'accomodazione. Presente il riflesso di postura del tibiale anteriore bilateralmente; non si apprezzano i riflessi di postura del bicipite e del quadricipite. Riflessi di postura generali: non sono alterati. Sensibilità: superficiale e profonda normale.

Esame psichico: attenzione scarsa, memoria normale, contegno irrequieto, impulsività. Intelligenza sufficiente.

Diagnosi: Instabilità (in soggetto predisposto e da infezione ?).

C. N., anni 11.

Nonna materna alcoolizzata. Padre bevitore. Madre sana. Uno zio della madre al manicomio per paralisi progressiva. Sette gravidanze di cui tre aborti. Uno nato morto. Tre figli viventi. Secondo nato da gravidanza e parto normale. Dentizione, deambulazione, loquela in epoca normale. Nel 1924 fu malato di tifo. La malattia durò circa 25 giorni, in seguito il fanciullo divenne vivace, disattento, disubbidiente. Morbillo nel 1926 indi pertosse. Mai convulsioni nè enuresi.

Esame obbiettivo generale: Costituzione scheletrica regolare. Buono stato di nutrizione e sanguificazione. Nulla a carico degli organi interni.

Esame neurologico: Oculomozione normale. Atteggiamento, motilità attiva e passiva degli arti superiori ed inferiori normali. Destrismo. Riflessi: i rotulei e gli achillei vivaci. Normali i riflessi mucosi, muscolo-cutanei e periostei. Pupille uguali e bene reagenti. I riflessi di postura locali, non si provocano. I riflessi di postura generale, non sono alterati. Linguaggio marcatamente infantile, scarsamente articolato. Blesità. Sensibilità normale.

Esame psichico: Attenzione e memoria mobile. Intelligenza sufficiente. Umore gaio. Contegno iperattivo.

Diagnosi: Instabilità da eredo-alcoolismo, eredo-lue (e da infezione ?).

T. A. anni 12.

Nonno paterno morto per tbc. polmonare. Nonna paterna alcoolizzata. Nonno materno bevitore. Nonna materna sana. Genitori viventi e sani. Tre gravidanze a termine. Nato a termine da gravidanza e parto normale. Sviluppo psico-fisico regolare. A tre anni pertosse e bronco polmonite. Mai convulsioni, ma enuresi notturna saltuaria fino alla età di sei anni.

Esame obbiettivo generale: Condizioni generali scadenti. Masse muscolari poco sviluppate. Anemia intensa. Micropoliadenia. Organi interni nulla.

Esame neurologico: Lievi tremori a scosse a mani protese. Motilità attiva e passiva degli arti normale. Stazione eretta e deambulazione normale. Ambidestrismo dinamometrico.

Riflessi: Rotulei simmetrici e vivaci, con patellari superiori. Achillei e plantari normali. Iridei presenti alla luce e alla accomodazione. I riflessi di postura locali: sono assenti. Riflessi postura generali: non appaiono alterati. Non disturbi della sensibilità

Esame psichico: Attenzione mobile. Memoria normale. Immaginazione vivace. Intelligenza sufficiente. Contegno scorretto.

Diagnosi: Instabilità da eredo alcoolismo in soggetto predisposto alla tubercolosi (e da infezione ?).

S. L., anni 10.

Nonni paterni viventi e sani. Nonno materno morto di tumore. Uno zio paterno malato di tbc. polmonare. Genitori viventi e sani. Tre fratelli viventi. Uno morto di meningite tbc. Nato a termine da gravidanza e parto normale. Dentizione, deambulazione, loquela in epoca normale. A 10 mesi ha sofferto d'enterocolite. A sei anni morbillo.

Esame obbiettivo generale: Nulla a carico dei nervi cranici. Muscoli del collo normali. Movimenti attivi e passivi possibili e completi. Destrismo.

Riflessi: Rotulei vivaci con patellari superiori. Achillei normali. Addominali e cremasterici presenti. Pupille uguali e reagenti. Riflessi di postura locali: non si apprezzano. Riflessi di postura generali: non sembrano alterati. Sensibilità superficiale e profonda normale.

Esame psichico: Intelligenza sufficiente. Contegno notevolmente iperattivo e scorretto. Violento, prepotente. Affettività normale.

Diagnosi: Instabilità in soggetto predisposto alla tubercolosi (e da infezione ?).

O. M., anni 10.

Nonni paterni e materni vivi e sani. Padre sano, forte bevitore. Madre sana. Tre gravidanze a termine. Primogenito da gravidanza e parto normale. Sviluppo psico-fisico regolare. Enuresi notturna fino a quattro anni.

Esame obbiettivo generale: Costituzione gracile. Masse muscolari deficienti. Scarso pannicolo adiposo. Micropoliadenia generalizzata.

Esame neurologico: Oculomozione normale. Tic al volto. Motilità attiva e passiva, arti superiori ed inferiori normale. Destrismo. Riflessi: i rotuli vivacissimi con patellari superiori. Achillei normali. Riflessi profondi degli arti superiori normali. Presenti gli addominali e cremasterici. Riflessi di postura locali: non si provocano. Riflessi di postura generali: non sono alterati. Pupille uguali e bene reagenti. Non disturbi della sensibilità sia superficiale che profonda.

Esame psichico: Attenzione e percezione normali. Intelligenza sufficiente. Contegno scorretto, irrequietezza, indocilità.

Diagnosi: Instabilità da eredo alcoolismo in soggetto enuretico e ticchioso.

B. R., anni 12.

Nulla di notevole negli ascendenti e collaterali sia paterni che materni. Nacquero cinque figli di cui il soggetto è l'ultimo. Nato a termine. Parto eutocico. Allattamento artificiale. Primi denti a 16 mesi. Primi passi, prime parole in epoca tardiva. Nella prima infanzia ha sofferto di gastro-enterite febbrile. Pertosse a due anni.

Esame obbiettivo generale: Sviluppo scheletrico e muscolare discreto. Scarso pannicolo adiposo. Qualche ghiandola al collo. Organi interni: normali.

Esame sistema nervoso: Oculomozione normale. Assenza di paresi. Non tremori nè tics. Atteggiamenti catalettoidi. Destrismo.

Riflessi: Rotulei vivaci. Achillei normali. Addominali e cremasterici: pronti e simmetrici. Riflessi postura locali: non si mettono in evidenza. Riflessi postura generali: non sono alterati. Riflessi iridei presenti e normali. Non disturbi della sensibilità.

Esame psichico: Attenzione e memoria normali. Intelligenza sufficiente. Umore variabile. Contegno iperattivo.

Diagnosi: Instabilità in soggetto gracile con atteggiamenti catalettoidi (e da infezione ?).

R. S., anni 11.

Nonno paterno morto di tumore alla bocca. Nonna materna morta tbc. polmonare. Nonni ma-

terni viventi e sani. Una sorella del padre morta per tbc. meningea. Padre sano. Madre nervosa. Tre gravidanze a termine. Due aborti. Due figli viventi e sani. Uno morto di broncopolmonite. Terzogenito. Sviluppo psico - fisico regolare. A tre anni morbillo. A dieci anni pleurite essudativa.

Esame obbiettivo generale: Tipo biondo. Costituzione scheletrica regolare. Masse muscolari poco sviluppate. Scarso pannicolo adiposo. Pallore intenso, cute e mucose. Micropoliadenia. Organi toracici e addominali: nulla di notevole.

Esame neurologico: Nulla a carico dei nervi cranici. Lievi tremori a mani protese. Lingua tremula. Atteggiamenti catalettoidi. Destrismo.

Riflessi: rotulei pronti con patellari superiori. Achillei normali. Osteo-periostei, cutanei, mucosi, normali. Pupille uguali e bene reagenti alla luce e alla accomodazione. Riflessi postura locali: non si apprezzano. Riflessi postura generali: non sono alterati. Sensibilità superficiale e profonda normale.

Esame psichico: attenzione e memoria normali. Intelligenza normale. Umore gaio. Contegno iperattivo.

Diagnosi: Instabilità in soggetto predisposto e già affetto da forma tubercolare con tremori e atteggiamenti catalettoidi (e da infezione ?).

A. D., anni 10.

Nessun precedente morboso nel gentilizio. Unico figlio da gravidanza e parto normale. Allattamento misto. Sviluppo psico-fisico regolare. A sei anni otite media purulenta. Bronco polmonite a sette anni.

Esame obiettivo generale: Ben sviluppato e ben sanguificato. Stazioni ghiandolari integre. Organi interni: nulla di notevole.

Esame neurologico: Lieve strabismo convergente a D. Lingua bene sporta. Lievi tremori a scosse a mani protese. Destrismo. Atteggiamenti catalettoidi. Riflessi: rotulei accentuati bilateralmente, con patellari superiori. Achillei vivaci. Addominali e cremasterici: normali. Non Babinski. Riflessi postura locali: non si mettono in evidenza. Riflessi di postura generali: non sono alterati. Iridi uguali e bene reagenti. Non disturbi della sensibilità.

Esame psichico: Distraibilità. Impulsività. Contegno iperattivo. Loquacità. Intelligenza sufficiente.

Diagnosi: Instabilità in figlio unico con strabismo e atteggiamenti catalettoidi (e da infezione ?).

I. G., anni 11.

Gentilizio negativo sia dal lato paterno che materno. Genitori sani. Otto gravidanza a termine. Sette figli viventi e sani. Uno morto d'enterocolite. Nato a termine. Primi denti, primi passi e parole in epoca normale. A quattro anni morbillo. Il ragazzo è stato sempre irrequieto, impulsivo.

Esame obbiettivo generale: Sviluppo scheletrico regolare. Stato di nutrizione e sanguificazione normale. Organi interni normali.

Esame neurologico: Tremori a scosse a mani protese. Atteggiamenti catalettoidi. Ambidestrismo dinamometrico. Riflessi: rotulei vivi con patellari superiori. Normali gli achillei e i plantari. Riflessi di postura locali: non si provocano. Riflessi di postura generali: non sono alterati. Sensibilità superficiale e profonda: normale. Iridi uguali e bene reagenti.

Esame psichico: Attenzione e memoria normali. Contegno instabile. Intelligenza sufficiente.

Diagnosi: Instabilità in soggetto con atteggiamenti catalettoidi e tremori (e da infezione ?).

B. N., anni 10.

Nonni paterni viventi e sani. Nonno materno morto di emorragia cerebrale. Nonna materna per bronco polmonite. Zii paterni e materni viventi e sani. Genitori sani. Tre gravidanze a termine. Tutti e tre i figli godono buona salute. Ultimo genito da gravidanza e parto normale. Sviluppo psico-fisico regolare. Morbillo a cinque anni.

Esame obbiettivo generale: Sviluppo scheletrico regolare. Stato di nutrizione e sanguificazione buono. Stazioni ghiandolari integre. Organi interni normali.

Esame neurologico: Motilità attiva e passiva normali. Destrismo. Atteggiamenti catalettoidi agli arti superiori. Riflessi: i rotulei vivaci simmetricamente. Achillei normali. Addominali e cremasterici presenti bilateralmente. Riflessi di postura locali non si mettono in evidenza. Riflessi di postura generali: non sono alterati. Sensibilità ben conservata.

Esame psichico: Intelligenza sufficiente. Comportamento iperattivo. Distraibilità.

Diagnosi: Instabilità con atteggiamenti catalettoidi (e da infezioni ?).

S. T., anni 11.

Nonno paterno morto di nefrite. Nonna paterna morta per paralisi cardiaca. Nonno materno vivente e sano. Nonna materna morta di broncopolmonite. Padre vivente e sano. Madre al sanatorio per tbc. polmonare. Due gravidanze a termine. L'altro figlio vivente e sano. Secondo genito da gravidanza e parto normale. Sviluppo psico-fisico regolare. Morbillo e pertosse a cinque anni.

Esame obbiettivo generale: Costituzione gracile. Stato di nutrizione scadente. Oligoemia. Micropoliadenia. Organi interni normali.

Esame neurologico: Oculomozione normale. Non segni di paresi. Stazione eretta e deambulazione normali. Destrismo. Atteggiamenti catalettoidi. Riflessi: rotulei accentuati con patellari superiori. Achillei vivi. Riflessi di postura locali: non si provocano. Riflessi di postura generali: non sono alterati. Pupille uguali e bene reagenti. Sensibilità superficiale e profonda normale.

Esame psichico: Non deficit mentale. Attenzione scarsa. Umore indifferente. Contegno iperattivo.

Diagnosi: Instabilità in soggetto predisposto alla tubercolosi (e da infezione ?).

S. R., anni 12.

Nonna paterna morta in tarda età per broncopolmonite. Nonno paterno vivente e sano. Nonno materno morto di emorragia cerebrale. Nonna materna vivente e sana. Genitori sani. Tre gravidanze a termine. Secondogenito da gravidanza e parto normale. Allattamento artificiale. Primi denti ad un anno. Primi passi e parole in epoca tardiva. Nessuna malattia degna di nota.

Esame obbiettivo generale: Soggetto gracile. Denutrito. Pallore notevole cute e mucose. Si palpano ghiandole latero cervicali. Organi interni normali.

Esame neurologico: Oculomozione normale. Non disturbi della motilità attiva e passiva degli arti superiori ed inferiori. Atteggiamenti catalettoidi. Destrismo. Riflessi: normali i rotulei e gli achillei. Riflessi di postura locali: non si mettono in evidenza. Riflessi di postura generali: non sono alterati. Pupille uguali e bene reagenti. Sensibilità normale.

Esame psichico: Intelligenza sufficiente. Attenzione mobile. Memoria scarsa. Contegno irrequieto e scorretto.

Diagnosi: Instabilità in soggetto gracile con atteggiamenti catalettoidi.

A. F., anni 10.

Anamnesi famigliare negativa. Primo genito da gravidanza e parto normale. Primi denti, primi passi, prime parole in epoca normale. Morbillo a tre anni. Pertosse a cinque anni complicatasi con bronco polmonite.

Esame obbiettivo generale: Stato di nutrizione e sanguificazione buono. Nulla a carico degli organi interni.

Esame neurologico: Movimenti dei bulbi oculari normali. Lingua bene sporta ma tremula. Movimenti attivi e passivi degli arti superiori e inferiori normali. Atteggiamenti catalettoidi. Riflessi rotulei vivaci. Vivaci pure gli achillei. Riflessi di postura locali: non si provocano. Riflessi di postura generali: non sono alterati. Riflesso pupillare normale. Non disturbi della sensibilità.

Esame psichico: Attenzione mobilissima. Contegno instabile irrequieto. Intelligenza sufficiente. Condotta iperattiva.

Diagnosi: Instabilità (da infezione ?).

C. V., anni 10.

Nonni paterni e materni morti in tarda età per malattie imprecisate. Uno zio materno al sanatorio. Padre forte bevitore. Madre sana. Tre gravidanze a termine. Due aborti di due o tre mesi. Un figlio morto di tbc. meningea. Nato a termine, parto distocico. Sviluppo psico-fisico regolare. A circa sei mesi enterite. A tre anni morbillo complicatosi con broncopolmonite. Enuresi notturna saltuaria fino a cinque anni.

Esame obbiettivo generale: Costituzione scheletrica regolare. Masse muscolari poco sviluppate. Pannicolo adiposo scarso. Pallore intenso cute e mucose. Micropoliadenia. Organi interni normali.

Esame neurologico: Nulla a carico dei nervi cranici. Lievi tremori a scosse a mani protese. Stazione eretta e deambulazione normale. Atteggiamenti catalettoidi specie agli arti superiori. Destrismo. Riflessi: rotulei achillei e plantari vivaci simmetricamente. Addominali pronti. Riflessi di postura locali: non si mettono in evidenza. Riflessi di postura generali: non sono alterati. Riflesso pupillare normale. Loquela normale.

Esame psichico: Attenzione mobile. Umore variabile. Contegno irrequieto. Intelligenza sufficiente.

Diagnosi: Instabilità da eredo-alcoolismo con atteggiamenti catalettoidi, tremori, enuresi, in soggetto predisposto alla tubercolosi (e da infezione ?).

F. O., anni 11.

Nulla da rilevare nella anamnesi famigliare. Genitori sani. Quattro gravidanze a termine. Terzo nato da gravidanza e parto normale. Allattamento materno. Sviluppo psico-fisico regolare. Morbillo a tre anni. A nove anni pertosse. Non enuresi nè convulsioni.

Esame obbiettivo generale: Costituzione scheletrica regolare. Buono stato di nutrizione e sanguificazione. Masse muscolari bene sviluppate. Nulla a carico degli organi interni.

Esame neurologico: Non disturbi della motilità attiva e passiva degli arti superiori e inferiori. Stazione eretta e deambulazione: normali. Destrismo. Atteggiamenti catalettoidi. Riflessi: tendinei, periostei normali. Non Babinski Riflessi di postura locali: non si mettono in evidenza. Riflessi di postura generali: non sono alterati. Pupille uguali e bene reagenti. Sensibilità superficiale e profonda normale.

Esame psichico: Attenzione mobile. Memoria scarsa. Umore gaio. Facilità al riso. Contegno irrequieto. Intelligenza sufficiente.

Diagnosi: Instabilità con atteggiamenti catalettoidi (e da infezione ?).

CONCLUSIONE.

Se ora si considera l'etiologia della Instabilità nei venti alunni da noi osservati si hanno le cifre seguenti:

Predisposizione alla tbc.	8
Gracilità	5
Alcoolismo in famiglia	6
Lue in famiglia	1
Malattie infettive seconda infanzia . .	18

Ma l'etiologia è sempre multipla. Difatti troviamo:

Sola predisposizione alla tbc in	—
Sola gracilità in	1
Solo alcoolismo in famiglia in . .	—
Sola lue in famiglia in . . .	—
Sole malattie infettive in . . .	6

Negli altri tredici l'etiologia è multipla:

Predisposizione alla tbc. e altre cause etiologiche 8.

Gracilità e altre cause etiologiche 4.

Alcool in famiglia e altre cause etiologiche 6.

Lue in famiglia e altre cause etiologiche 1

Malattie seconda infanzia e altre cause etiologiche 12.

La grande frequenza della predisposizione alla tbc può essere in parte spiegata dal fatto che le scuole all'aperto ospitano gli alunni gracili; ma la frequenza dell'alcoolismo nella famiglia è un dato etiologico degno di speciale rilievo. Gl'interrogativi messi nelle diagnosi a proposito dell'etiologia infettiva, hanno questo significato che la malattia infettiva fu realmente sofferta dal soggetto per lo più in seconda infanzia, ma che tuttavia non poteva essere riconosciuta da altri sintomi che non fosse l'instabilità.

Tuttavia non può trascurarsi un dato etiologico di una frequenza così importante. Le scuole all'aperto ospitano sì molti gracili, ma non è affatto un luogo di raccolta di alunni che soffersero in prima o seconda infanzia una infezione anche grave. Ciò potrebbe autorizzarci a dichiarare che l'etiologia della instabilità è multipla e complessa.

Riassumiamo ora i sintomi che, dal punto di vista neurologico abbiamo notati nei nostri venti fanciulli; esprimendoci in percentuali si ha:

Ticchi facciali	5 %
Mancinismo	5 %
Ambidestrismo	10 %
Strabismo	5 %
Blesità	5 %
Iperriflessia profonda	90 %

I detti sintomi sono di più che probabile significato cortico piramidale.

Tremori	50 %
Fenomeni catalettoidi	50 %
Riflessi di postura locale	20 %

Questi ultimi tre sintomi sono di probabile natura extrapiramidale. Non furono trovati alterati in nessun caso i cosidetti riflessi di postura generali.

I nostri venti casi possono dividersi in tre gruppi. Nel primo gruppo sono compresi i fanciulli con *sintomi prevalenti cortico-piramidali*, nel secondo, i casi in cui *prevalgono i segni extrapiramidali;* nel terzo quelli in cui i sintomi sono *misti*, cioè piramidali ed extrapiramidali. Così, usando la nomenclatura di S. De Sanctis abbiamo negli Instabili (anormali per carattere) da noi esaminati:

sintomi *prevalenti* cortico-piramidali nel	20 %
sintomi *prevalenti* extrapiramidali »	15 %
sintomi *misti* »	65 %

Ciò vuol dire che una parte degli ***instabili***, senza paresi nè epilessia, portano segni di iattura a carico di funzioni presunte di sede cortico-piramidale, mentre altri instabili portano segni di iattura *prevalentemente* -extrapiramidale. Da tale modesta constatazione si può dedurre che la massa degli instabili è formata da *tarati cerebrali* con sintomi a sede ***prevalente***, la maggioranza a sede prevalente cortico-piramidale e una minoranza a sede prevalente extrapiramidale.

Volendo concludere diremo che l'instabilità consiste in un difetto primario (morboso infantile) o magari originario degli emisferi cerebrali, ma è probabile che i sintomi motori debbano interpretarsi come dovuti ad affezioni o ipogenesie della corteccia cerebrale, mentre i più rari sintomi extrapiramidali degli instabili, potrebbero spiegarsi come fenomeni di liberazione o disinibizione (nel senso di Hugl Jiackson).

LAVORI ORIGINALI

Clinica Medica Generale della R. Università di Genova
diretta dal Sen. Prof. N. Pende

Sopra una forma pseudotifoidea della setticemia streptococcica di origine focale.

(Contributo alla clinica delle infezioni focali).

Prof. Michele Bufano, aiuto

(*Continuazione e fine: vedi num. precedente*).

Il quadro clinico dell'inizio dell'infezione eberthiana è quindi completo. La diagnosi differenziale più sicura e obbiettiva è possibile farla con l'emocoltura, eseguita come dianzi è stato detto, e con la reazione di agglutinazione. È necessario eseguire ambedue le ricerche poichè in caso di emocoltura positiva solo per la forma di streptococco, si potrebbe pensare che si tratti ugualmente di una infezione eberthiana o paratifica, a cui si associa una batteremia streptococcica. Qualche caso di questo genere ne hanno descritto Schottmüller e Bingold. Ora in tutti i nostri casi la reazione di agglutinazione è stata negativa per l'Eberth e per i paratifi come pure per il coli e per la melitense; invece è stata positiva in diluizione 1/80 1/100 per i germi isolati dal sangue. Si ha allora la certezza assoluta trattarsi di sepsi streptococcica focale.

La mancanza di complicanze maligne si diagnostica con sicurezza escludendo che vi sia nel caso in questione una endocardite, sia con l'anamnesi che dimostra assenza di lesioni reumatiche, ed assenza di fatti cardiaci; sia con l'esame obbiettivo che dimostra l'assenza di soffi da vizi o da endocarditi in atto o di alterazioni del volume e della forma del cuore. Questo esame è bene farlo con la massima attenzione poichè, se vi è endocardite, la prognosi varia, e da benigna com'è in genere in queste forme diventa maligna, come lo è nell'endocardite lenta. Non che la sepsi endocarditica non sia di origine focale, ma in queste altre al foco primitivo (tonsillare, dentario), si sostituisce un focolaio secondario valvolare non aggredibile e che, probabilmente, dà alla malattia il suo carattere di inesorabile malignità.

La ricerca del focus deve essere fatta indagando bene nell'anamnesi circa la pregressa esistenza di tonsilliti più o meno recidivanti, di sofferenze dentarie più o meno gravi e remote. In genere, quando il focolaio primitivo della setticemia è dentario, non si rileva che poco prima della malattia il dente infetto ab-

bia dato particolari noie al paziente. Viceversa nelle sepsi tonsillari è facile rilevare nell'anamnesi che poco prima dello scoppio della malattia il paziente ha ripetutamente sofferto di recidive di tonsillite.

L'esame delle tonsille deve essere fatto non solo con la più energica spremitura, ma, quando questa è inefficace a svelare l'esistenza di ascessi di origine più o meno recenti, si deve procedere al massaggio. Allora o vengon fuori zaffi di pus, o si nota subito dopo (24-48 ore) una recrudescenza della febbre. Invece per svelare ascessi apicali dentari è utile la radiografia dei denti, specie di quelli che l'esame esterno rivela cariati. L'identità del germe isolato dal pus dentario o tonsillare con quello trovato nel sangue; la riaccensione febbrile dopo il massaggio tonsillare o dopo la tonsillectomia e dopo l'estrazione dei denti infetti, sono fatti che decidono sicuramente in favore della sepsi focale streptococcica contro il sospetto dell'infezione eberthiana o paratifica o melitense.

L'emocitometria e l'esame morfologico del sangue in queste forme di sepsi streptococcica di origine focale dànno risultati quanto mai interessanti. All'inizio della malattia vi è sempre uno stato di oligocitemia non molto spiccata senza alterazioni particolari di forma, di volume, di contenuto emoglobinico. I globuli bianchi invece sono aumentati modicamente (12.000-14.000) come nel caso 1° e 2°. Tale fatto può aver valore nella diagnosi differenziale con la sepsi eberthiana. Nel caso 3° la cifra è normale.

La formula presenta però un dato caratteristico in tutti i casi: una monocitosi più o meno spiccata. Le cellule monocitiche osservate nel sangue di tutti i nostri pazienti appartenevano a quelle cellule che si dicono monociti adulti, cioè cellule non molto voluminose, con protoplasma non scarso e lievissimamente basofilo, con nucleo a reticolo cromatinico uniformemente compatto, ma non intensamente colorato, con pochi e fini granuli azzurrofili nel protoplasma, senza vacuoli. Cellule più immature di tipo monoblastico sono state sempre molto scarse. Quasi sempre assenti cellule endoteliali vere e proprie. Queste non sono mai comparse o aumentate dopo lo stropiccìo del polpastrello.

L'aumento di monociti è stato particolarmente intenso nel primo caso; cioè nell'unico caso in cui la malattia ha avuto un decorso più benigno; con tenue aumento di tutti i globuli bianchi, vi era ben il 61 % di monociti, mentre i polinucleati neutrofili erano appena l'8 %. Vi era quindi quasi uno stato di agranulocitosi.

Questa intensa reazione monocitica nel sangue periferico ci ha indotti ad esplorare in questo caso il comportamento degli organi emotopoietici: abbiamo trapanato la tibia, ed abbiamo estratto un succo midollare che con una certa scarsità delle solite cellule generatrici dei normali globuli nel sangue presentava una abbondantissima quantità di endoteli. Questi avevano il loro aspetto classico: elementi voluminosi, con nucleo a spugna non molto colorato, con uno o due piccoli nucleoli basofili; protoplasma abbondante, velamentoso, tenuamente tinto in azzurro, munito di prolungamenti che sembrano anastomizzarsi con quelli degli elementi vicini, qua e là vacuolizzato. In questo caso è quindi indubitabile la corrispondenza di una imponente tipica rigenerazione di endoteli nel midollo osseo con una abbondante monocitosi circolante.

Che molte infezioni si accompagnino a monocitosi o a linfomonocitosi è largamente noto. Ad esse si aggiungono queste forme di setticemie streptococciche di origine focale pseudo tifoidee. Abbiamo già detto che già molti AA., tra cui il Pende, hanno pensato per queste particolari reazioni monocitiche, che i germi di queste infezioni abbiano un particolare tropismo verso il sistema reticolo endoteliale eccitandolo oppure danneggiandolo. Pare che quando lo eccitano, favoriscono la proliferazione degli endoteli specie negli organi emopoietici, e quindi il passaggio di monociti e di endoteli in circolo; quando lo danneggiano, facilitano il passaggio degli elementi endoteliali con caratteri di sofferenza cellulare, e che compaiono in circolo specie dopo strofinamento del punto di prelievo del sangue (Patella, L. Fontana), come si ha nelle sepsi lente o acute maligne. A questo proposito il Frola nella nostra clinica ha portato importantissimi contribuiti sperimentali.

Così linfomonocitosi è stata notata nella febbre tifoide e nella malaria, nelle spirochetosi spontanee e sperimentali, nelle tripanosomiasi, nella inoculazione di virus vaccinico, nella tubercolosi sia spontanea (in alcune forme ed in speciali condizioni) che sperimentale, nel tifo petecchiale; nel reumatismo articolare acuto e nell'eritema polimorfo (Riccitelli e Costanzi); in tutte le setticemie streptococciche maligne.

Ma è anche già noto, dalle osservazioni fatte in questi ultimi anni, che anche in certe forme di streptococcemia benigna, con un quadro e un andamento clinico diversi dalle forme pseudotifoidi qui descritte, vi può essere una monocitosi più o meno spiccata. È notevole il fatto che in genere queste streptococcemie sono anch'esse di origine focale. Il Pende ha

pubblicato l'anno scorso un caso interessantissimo di setticemia diplostreptococcica, la cui origine era dovuta ad ascessolini periapicali; e che si manifestava clinicamente solo con febbre intermittente più o meno alta, con senso di lieve astenia e di deperimento, tale però da non obbligare l'ammalata a letto; e in cui v'era il 30 % di monociti. In questo caso era interessante il fatto che lo stesso germe, raccolto e studiato dal Frola, ha mostrato, iniettato negli animali di laboratorio (cavie), le stesse capacità monocitotrope ed endoteliotrope. In seguito all'iniezione endoperitoneale di sospensione dei germi, ottenuti da brodo colture, si aveva la comparsa in circolo non solo di monociti che superavano il numero normale, ma anche di endoteli, talvolta a gruppi sinciziali, con caratteri più o meno spiccati di immaturità oppure di degenerazione. Rimando al lavoro importante del Frola ed alle interessanti figure che lo corredono. Anzi richiamo l'attenzione sul fatto che la fig. 2 del lavoro del Frola mostra che nel sangue delle cavie erano passati in circolo elementi endoteliali simili quasi in tutto a quelli che io ho trovato abbondantissimi nel puntato midollare del caso n. 1.

Pare dunque che questi streptococchi, che dànno forme più o meno benigne di setticemia di origine focale ad andamento clinico pseudotifoideo o andamento molto più lieve, abbiano specialmente spiccato, ora più ora meno, un particolare tropismo elettivo per le cellule staminali dei monociti adulti e per gli endoteli, eccitandoli alla proliferazione e al passaggio in circolo in quantità più o meno abbondante.

E credo che a streptococcemie, difficilmente fin'ora determinate col reperto obbiettivo della positività dell'emocoltura, per la scarsa coltivabilità di alcuni ceppi di streptococchi, debbono essere riferite alcune forme cliniche di agranulocitosi e delle cosidette « angine monocitiche ». In queste ultime il termine di angina dà già la dimostrazione che si tratta di infezione generalizzata di origine focale. Cotrel nel 1927 ha pubblicato una serie di casi di sepsi acute decorrenti con febbre più o meno alta, con linfomonocitosi (in media il 40 per cento), con aumento modico dei globuli bianchi, con la tumefazione di linfoglandole, con splenomegalia, costantemente precedute ed accompagnate da angina. Un caso interessante lo ha descritto il Sigon nella nostra Clinica. Anche in questo caso non fu possibile coltivare dal sangue un germe, seminando in terreni permettenti lo sviluppo sia aerobiotico che anaerobiotico. Che si tratti di una setticemia non c'è dubbio; e la negatività del reperto dell'emocoltura non esclude tale diagnosi, perchè non furono tentate le prove che forse avrebbero dato risultato positivo, come la semina di puntato splenico, o la emocoltura dopo splenocontrazione.

Si trattava di un caso, in cui l'inizio della malattia fu acuto, preceduto da intenso raffreddore specie alla prime vie aeree, con dolenzia alle fauci alla deglutinazione: contemporaneamente cefalea e febbre. All'ingresso in Clinica l'esame obbiettivo fu negativo tranne che per un tumor di milza (si palpava quattro dita sotto l'arcata costale), e che nel sangue vi era una quantità (55 % circa in media) di elementi mononucleati maturi di tipo linfocitario o linfoide. Nel puntato splenico era particolarmente interessante, come nel puntato midollare del mio primo caso, un reperto di iperplasia notevole del sistema reticolo-endoteliale. Il paziente dopo aver presentato un periodo di febbre con intermittenze, preceduto da forte aumento del numero di globuli bianchi e, nella formula, degli elementi monucleati con la diminuzione dei polinucleati, a poco a poco sfebbrò e il numero dei leucociti cadde fino ai valori normali, pur restando una certa preponderanza delle cellule linfocitarie.

Quale significato e quale importanza ha la linfomonocitosi in queste malattie e in special modo in queste setticemie streptococciche? Per rispondere a questa questione bisogna notare che nei nostri casi, come pure in quello di Pende, mancavano forme monocitiche o endoteli o endotelioidi con fatti degenerativi; si trattava di monociti maturi, e, negli organi emopoietici, fatti di attiva proliferazione degli endoteli. Con tutte le riserve che ci impone la mancanza di dati obbiettivi e palesi, dobbiamo ritenere probabile che la monocitosi sia la conseguenza di una iperfunzione non solo plastica, ma forse anche di difesa istogena e specialmente umorale da parte del reticolo-endotelio. E la sua comparsa sarebbe indizio di difesa attiva dell'organismo contro l'infezione e quindi autorizzerebbe, *ceteris paribus*, una buona prognosi. Difatti nei nostri casi il più lieve, per decorso e per imponenza di disturbi, è stato il n. 1: in esso era spiccatissima la monocitosi e la proliferazione endoteliale nel midollo osseo.

Notisi poi il fatto che anche nel caso di Sigon, con esito particolarmente benigno, v'era anche una notevole monucleosi che precedè una breve esacerbazione termica e poi la graduale scomparsa della febbre. Il Frola attribuisce ai monociti normali senza particolari caratteri degenerativi un significato di iperfun-

zione plastica e umorale del sistema reticolo-endoteliale, mentre giustamente attribuisce un significato di grave intossicazione alla comparsa di cellule endoteliali ed endotelioidi con fenomeni degenerativi (vacuolizzazioni, frammentazioni, scarsa tingibilità dei nuclei ecc.). Infatti queste ultime cellule, che aumentano specialmente dopo lo stropiccìo, che compaiono transitoriamente e, nelle infezioni sperimentali, precocemente (Frola), e che pertanto sono di origine non proliferativa, ma desquamativa, sono presenti in genere nelle forme maligne di streptococcemia (endocardite lenta). Riccitelli e Costanzi affermano che nelle loro ricerche hanno regolarmente osservato un netto aumento dei monociti circolanti in stretto rapporto con fatti di miglioramento del decorso e del quadro morboso; e viceversa una diminuzione in rapporto a peggioramenti e all'esito letale e affermano che questo stretto parallelismo tra sintomi clinici e tasso monocitario è un indice prezioso per seguire il movimento immunitario: « a volte l'elevarsi di essi (cellule monocitarie) corrisponde alla fase di decisivo superamento dei poteri immunitari contro i fattori causali del morbo, a volte di tentativi di superamento; le percentuali bassissime corrispondono alla eccezionale gravità della malattia ».

***

In quanto alla presenza di fatti immunitari, è stato visto nei nostri malati un modico potere di agglutinazione per il germe isolato dall'emocoltura. Nel caso n. 3 la comparsa di queste capacità agglutinanti è stata transitoria in quanto che in piena convalescenza, pochi giorni prima che il malato lasciasse la Clinica, sono scomparse. La comparsa di queste capacità agglutinanti conferma che il germe trovato nel sangue non è un reperto di banale batteriemia, ma è l'esponente causale del fatto morboso in quanto ha suscitato nell'organismo reazioni immunitarie. La concentrazione delle agglutinine non è stata mai molto alta: i maggiori tassi sono stati da 1/80 a 1/100. Dopo, in pieno periodo di apiressia, quando l'ammalato è già levato da letto, il tasso di agglutinazione a poco a poco diminuisce fino a scomparire del tutto.

In questo punto affiora la questione, oltremodo ardua, che è pur sempre affiorata fin da quando si è cominciato a parlare di infezioni focali. Qual'è il fattore che fa sì che i germi che entrano in circolo da un focolaio latente che dura da tempo imprecisabile, ad un certo punto determinano una vera e propria setticemia? Bisogna considerare che Schottmüller, negatore dell'esistenza di infezioni focali, al congresso di Wiesbaden nel 1930, si basava per questa negazione sul fatto che i foci possono esistere da molto tempo senza dare sepsi.

Pur essendo convinti che questa considerazione di Schottmüller non è valida per scalzare la teoria delle infezioni focali, è certo che i momenti, per cui i germi di un focolaio penetrando in circolo determinano una malattia, sono in gran parte imprecisabili. Possiamo ammettere che uno di essi sia l'esacerbazione dei fatti flogistici o per aumentata virulenza del germe o per minorata difesa dei tessuti nel focolaio cronico; che altro dei momenti sia un trauma che colpisca la regione del focolaio provocando una mandata di germi in circolo, come risulta dalle esacerbazioni della sintomatologia setticemica in seguito a massaggi tonsillari, a tonsillectomia, ad estrazione di denti con ascessi apicali, Ma è indubitabile che vi sono casi clinici in cui l'anamnesi accurata non accenna ad alcuni di questi fattori.

Solo in via di cauta ipotesi possiamo immaginare che il portatore di un focolaio settico sia, per la presenza del focolaio stesso, in istato di immunità; e che quando ammala della sepsi ciò accade per il fatto che, per ragioni varie, questo potere immunitario diminuisce o scompare.

La difficoltà di spiegare soddisfacentemente tali fatti è la stessa di quella che si incontra per spiegare come mai individui che hanno il pneumococco di Talamon-Fraenckel nella bocca come saprofita, ammalano solo in determinati momenti.

Che l'inoculazione di germi attenuati, tali però da causare un movimento immunitario, preservi poi l'organismo da una successiva inoculazione di germi molto virulenti, è un fatto sperimentalmente accertato dal Morgenroth tra gli altri. Ora questo fatto sperimentale può spiegarci il perchè della benignità di certe sepsi focali come nei nostri casi: il focolaio cronico ha indotto uno stato di relativa immunità nell'organismo. Ora sia per un decadere di questi fatti immunitari, sia per un improvviso aumento della virulenza di germi di un focolaio si ha la sepsi benigna: benigna perchè sia in un caso che nell'altro l'organismo si trova sempre sotto uno stato di immunità relativa. Ma d'altra parte dobbiamo pur considerare che l'immunità di queste forme morbose ha una importanza non essenziale; se l'autovaccinoterapia (come pure, secondo altri AA., la vaccinoterapia, la sieroterapia, la colloidoterapia) ha effetti utili sul decorso di queste forme morbose, la sua efficacia non è asso-

luta e definitiva. Per la guarigione permanente è necessario, ed in molti casi sufficiente, l'abolizione del focolaio cronico. L'inguaribilità delle streptococcemie con endocardite dipende dalla non aggredibilità del focolaio endocardico (De Gennes).

***

La prognosi della malattia è benigna; malgrado che in qualche caso il decorso raggiunga un aspetto di gravità impressionante fino a far dubitare della vita. I malati diventano spiccatamente anemici, l'astenia è notevolissima, fino al punto che i malati si stancano al minimo movimento, e si mostrano psichicamente abbattuti; l'emaciazione è grave, l'ipotrofia muscolare raggiunge gradi notevoli; verso la fine della malattia si nota spesso rarefazione spiccata dei capelli: stato che è uguale in tutto a quello che mostrano individui che hanno avuto una grave tifoide dopo un paio di mesi di malattia. Il polso è piccolo, molle, frequente. L'ipotensione è marcata.

Nel caso n. 4, si sono sviluppati, nel periodo inoltrato della malattia, ascessi muscolari e sottocutanei ripetuti: tipici ascessi da fissazione nel cui pus è stato trovato lo stesso germe circolante nel sangue.

Altro processo dovuto a localizzazione del germe circolante, osservato nei nostri casi è la peritonite sierosa acuta (caso n. 3). Anche questo processo peritoneale accertato mediante estrazione di essudato sieroso contenente il germe circolante nel sangue, è guarito senza alcun speciale sussidio terapeutico, e senza lasciare conseguenza di sorta.

Mancano, come è da aspettarsi, nel periodo avanzato della malattia, come pure nella convalescenza, enterorragie e disturbi intestinali di qualsiasi specie. Solo nel caso 3° è stata osservata una enterorragia nei primi giorni della malattia, ripetutasi dopo pochi giorni. Non sappiamo precisare la causa e la natura di queste enterorragie, anche perchè dagli esami eseguiti non sono stati riscontrati i segni di una vera e propria diatesi emorragica. È possibile che queste enterorragie iniziali abbiano lo stesso significato delle epistassi che comunemente si osservano non solo nelle infezioni eberthiane, ma anche negli stadi iniziali delle più comuni infezioni acute.

La prognosi dei casi come i nostri è quindi da considerarsi benigna, malgrado la gravità del quadro morboso. E del resto tutte le streptococcemie, che non hanno dato luogo a focolai endocardici o endometrici, hanno in genere esito meno infausto di quello che si è ritenuto fin'ora. Così è guarito il caso già accennato di Viglietta; son guariti i casi di De Sanctis Monaldi; sono guariti i casi di streptococcemia curati col siero antistreptococcico, di Vincent, di Didier, di Vincent stesso, di Courty. La prognosi benigna è però condizionata dalla adozione di provvedimenti terapeutici ben definiti.

***

La terapia di queste forme di sepsi streptococciche che permette di dare la guarigione definitiva è quella di portar via il focus. Dallo studio dei nostri casi si ricava la conclusione che è solo il focolaio la causa della sepsi e quello che la mantiene. Anzi in certi casi, nei più leggeri, basta l'abolizione del focolaio per far guarire definitivamente la forma morbosa. In tutte le forme è un intervento di obbligo. Dello stesso parere sono Rosenow e Lusena e Chini. Anche se si riesce con altri mezzi a sedare la febbre, a mantenere l'apiressia nel malato, ad avviarlo alla guarigione, le recidive sono facilissime come dimostra all'evidenza l'ultimo caso. Bisogna eseguire la tonsillectomia totale in casi di focolai tonsillari: la tonsillotomia è assolutamente inefficace, come ancora insegna l'ultimo caso. Quando vi siano foci dentari, eseguire l'estirpazione del dente, previa individualizzazione con la radiografia. Ma anche se un dente sicuramente guasto non presenta all'indagine radiografica evidenti segni di ascessi apicali, è meglio estrarlo.

In quanto al momento in cui bisogna eseguire gli interventi per l'abolizione dei focolai, l'esperienza eseguita sui nostri 4 casi ci dice che è bene, quando si può, cioè quando il malato è in condizione di sopportarli, eseguirli il più presto possibile. Tale necessità la dimostrano il 2° e 3° caso. Ma se ciò è facile quando si tratta di focolai dentari, in quanto l'estrazione di un dente è un trauma sopportabile anche da un malato settico alquanto defedato, non è così per la tonsillectomia bilaterale. Allora è necessario portare all'apiressia il paziente con altre cure, e, quando si è rimesso alquanto dalla malattia, procedere alla tonsillectomia totale bilaterale. La nuova ultima ondata di germi in circolo provocherà solo una rapida e fugace riaccensione della sintomatologia settica (vedi caso n. 2).

La terapia immunitaria nelle sepsi streptococciche pseudotifoidee ha molta importanza, purchè fatta con le dovute norme. In questi casi vale il principio che essa deve essere attiva e quanto più possibilmente specifica. Quindi ha minore importanza la sieroterapia,

perchè l'impiego dei vaccini è enormemente più utile. Dei vaccini, i più efficaci sono gli autovaccini preparati dalle colture ottenute dal sangue o dal pus dei focolai. I nostri autovaccini sono stati preparati stemperando una ansata di patina su agar in un cc. di soluzione fisiologica; si infiala e si sterilizza a 100° per 20'.

La maggiore efficacia degli autovaccini, usati anche da De Sanctis Monaldi con successo nei suoi casi di sepsi da viridans, rispetto ai vaccini antipiogeni uni- o polivalenti lo dimostra il caso n. 2; finchè abbiamo usato un vaccino antipiogeno polivamente, somministrato giornalmente, la temperatura è rimasta quasi invariata; invece coll'inizio della somministrazione dell'autovaccino la febbre ha declinato verso l'apiressia.

L'autovaccino così preparato l'abbiamo impiegato a giorni alterni nella dose di 2 cc. intramuscolare; quando abbiamo voluto un'azione ancora più efficace l'abbiamo somministrato quotidianamente. Quando abbiamo voluto un'azione ancora più intensa, l'abbiamo iniettato endovena alla dose di 1 cc. In genere alle iniezioni sia intramuscolari che venose non sono seguite reazioni notevoli; non brivido, non ipotensione, non tachicardia, non accessi febbrili elevati; l'azione terapeutica si esercita senza estrinsecarsi con particolari fenomeni obbiettivi.

Abbiamo completato la terapia di questi stati settici con la somministrazione endovenosa di urotropina o derivati, o con la somministrazione endovenosa di preparati iodici (septicémine, septojod) oltre ai soliti analettici, e come antipiretico nei momenti di febbre particolarmente elevata il chinino. Ma tale terapia è assolutamente accessoria, poichè i due mezzi di gran lunga più efficaci sono sempre stati l'allontanamento dei foci e l'autovaccino.

***

Concludendo: si tratta di sindromi setticemiche dovute allo streptococco nelle sue varietà morfologiche e colturali, penetrato in circolo da preesistenti foci dentari o tonsillari. Lo streptococco non si localizza in genere in nessun organo importante, tranne, nei periodi avanzati della malattia, nei muscoli e nel sottocutaneo formando ascessi metastatici, ovvero nel peritoneo, dando peritoniti sierose benigne. Il quadro clinico della malattia ha, fin dai primi giorni, il tipico aspetto di un'infezione eberthiana, per cui tutti i casi descritti sono stati inviati in Clinica con la diagnosi di febbre tifoide. Vi è anoressia, astenia, cefalea, mialgie vaghe, epistassi, diarrea, talvolta enterorragia precoce, febbre insorgente ed elevantesi gradualmente o talvolta rapidamente con brivido, oppure assume subito un andamento continuo leggermente remittente o un andamento nettamente intermittente; le esacerbazioni serotine accompagnate talvolta da brivido. Compare splenomegalia dopo pochi giorni; il polso in genere è poco frequente in rapporto alla temperatura, è molle e frequentemente dicroto. Dopo la prima settimana di malattia possono comparire tipiche roseole, che hanno la solita evoluzione fino a presentare il minuscolo punticino centrale purulento, da cui è possibile coltivare il germe che circola nel sangue. Il comportamento dell'alvo si mantiene, durante la malattia, irregolare.

Il sangue mostra una tendenza alla diminuzione dei globuli rossi; il numero dei globuli bianchi talvolta resta normale, talvolta aumenta leggermente; nella formula è sempre presente una tipica mononucleosi, specialmente a carico dei monociti, che in qualche caso, nei più benigni, possono raggiungere quasi fino il tasso del 70 %. Contemporaneamente diminuzione dei granulociti, che possono quasi scomparire in casi di massimo aumento dei monociti. Manca la penetrazione in circolo di elementi nettamente immaturi di qualsiasi serie di cellule.

Dal sangue è possibile coltivare, seminandolo in terreno di Tarozzi, e quindi in anaerobiosi, lo streptococco, talvolta sotto forma di diplostreptococco, talvolta di streptococco tipico, talvolta di diplococco. Se non riesce la coltura dal sangue è bene ripeterla dopo 5 minuti dalla provocazione della splenocontrazione con la polverizzazione di cloruro di etile sull'aia splenica. Oppure quando è possibile la splenocoltura, è consigliabile seminare in terreno di Tarozzi il puntato splenico.

Le reazioni di agglutinazione per l'Eberth, per i paratifi, per i coli, per la melitense, sono sempre completamente negative. Talvolta si trova che il siero del malato agglutina a deboli concentrazioni il germe isolato dal sangue. In questi casi l'emocoltura e l'assenza delle reazioni di agglutinazione per gli anzidetti germi sono i più fondamentali e imprescindibili mezzi per la diagnosi differenziale.

Stabilita la diagnosi di sepsi streptococcica, bisogna andare in cerca del focus: lo si troverà in genere o nelle tonsille o nei denti.

Difatti nelle colture in brodo delle tonsille esportate o dei denti estratti si troverà sempre lo stesso germe circolante nel sangue,

con proprietà morfologiche e colturali più o meno variate (tendenza ad assumere la forma diplococcica, tendenza ad assumere proprietà emolizzanti o viridanti su agar-sangue).

Le complicazioni della malattia consistono solamente, per quello che riguarda la nostra esperienza, in miositi purulente o in flemmoni sottocutanei facilmente guaribili previa evacuazione del pus e drenaggio; oppure in peritonite sierosa, facilmente e spontaneamente guaribili col guarire della malattia.

La prognosi di queste forme è in genere buona.

La terapia consiste essenzialmente nell'allontanamento quanto più possibile precoce dei focolai, tenuto conto delle condizioni del malato; poi nella somministrazione a giorni alterni o quotidiana sia sottocute sia, quando è necessario, endovena, di autovaccino, preparato come è stato sopra detto. Oltre alla somministrazione parenterale dei comuni antisettici (urotropina, preparati iodici). Oltre la solita terapia a base di analettici e quella antipiretica principalmente a base di chinino.

RIASSUNTO.

In questo lavoro si espongono 4 casi di setticemia streptococcica di origine focale (tonsillare o dentale). Le caratteristiche più importanti di questi casi, oltre l'origine focale sicuramente dimostrata, sono la sintomatologia molto simile a quella della febbre tifoide, la linfomonocitosi spiccata, la curabilità con gli autovaccini, ma specialmente con l'asportazione del focolaio infettante. Nel lavoro sono esposti dettagliatamente tutti i criteri per la diagnosi differenziale nei riguardi dell'infezione eberthiana.

BIBLIOGRAFIA.

1. Bericht ueber den 42º Kongress der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin in Wiesbaden, 7-10 april 1930. Thema Herdinfektion.
2. Bingold. *Sepsi.* La Clinica medica moderna, vol. VII, pag. 1066, U.T.E.T., Torino.
3. Cotrell. American Journal of Medical Sciences, aprile 1927.
4. Coutry. *Septicémie à streptocoques hémolytiques guérie per le sérum antistreptococcique de Vincent.* Bull. de l'Académie de Médecine, 28-VII,1931.
5. De Gennes. *Les septicémies streptococciques.* Progrès Médical, 1-XI-1933.
6. De Sanctis Monaldi. *Batteriemia transitoria da « streptococco viridans ». Autovaccinoterapia.* La Riforma Medica, 29 luglio 1933.
7. Frola. *La mobilitazione in circolo di elementi di origine istiocitaria in seguito ad inoculazione di germi svariati.* La Clinica Medica Italiana, vol. 65º, 1934.
8. Frola. *Sul tropismo elettivo degli streptococchi: streptococco endoteliosico.* Minerva Medica 8-XII-1933.
9. Lusena e Chini. *Le infezioni focali.* Relazione al XXXIX Congresso della Soc. Ital. di Med. Interna. Pavia, ottobre 1933.
10. Martelli. *Un caso clinico di setticemia tipo mite da streptococcus viridans.* Soc. di Cultura medica novarese, 7-II-1927.
11. Pende. Trattato sintetico di Patol. e Clin. Med. Messina, 1929.
12. Id. *Sulle cosidette « infezioni focali ».* Le forze sanitarie, 20-VII-1933.
13. Riccitelli e Costanzi. *La curva dei monociti nelle malattie infettive.* Arch. di Patol. e Clin. Med., vol. XIII, 1934.
14. Schottmüller e Bingold. *Le malattie settiche.* Trattato di medicina interna di Mohr e Stähelin, vol. I, parte II, 1927.
15. Sigon. *Mononucleosi infettiva di tipo leucemoide.* Arch. per le Scienze Med., vol. 58º, 1934.
16. Troude. *Septicémie à streptocoques hémolytiques guérie par le sérum antistréptococcique de Vincent.* Bull. de l'Académie de Med. 1931.
17. Viglietta. *Un caso di sepsi pura da streptococcus viridans a decorso tifoide seguito da guarigione.* Minerva Medica, 20-I-1933.
18. Vincent. *Le septicémie à streptocoques. Son traitement par un nouveau sérum antistréptococcique.* Bull. de l'Acad. de Med., 5-V-1931.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale di S. Spirito in Sassia - Roma
Primario Prof. Egidi.

Di un raro meccanismo di rottura da scoppio della porzione extra peritoneale della vescica, con contemporanea rottura sottocutanea del muscolo retto di sinistra.

Dott. Scollo Giuseppe,
aiuto chirurgo Osp. Riuniti.

Le lesioni che i traumatismi sottocutanei producono a carico della vescica si sogliono distinguere in: rotture e lacerazioni.

La vescica, cioè, si rompe quando, sorpresa dal trauma in istato di replezione, viene compressa tra due forze opposte che ne provocano lo scoppio.

La vescica invece si lacera se, per una concomitante frattura del bacino, un frammento osseo puntuto va a perforarne la parete; oppure, con un meccanismo di certo più eccezionale, se i legamenti pubo-vescicali, stirati notevolmente a causa di una grave disgiunzione della sinfisi pubica, strappano il loro punto d'inserzione alla vescica (Vimont).

La distinzione sì fatta delle lesioni vescicali traumatiche, in base al diverso meccanismo di

loro produzione, non avrebbe gran che importanza se considerata nel suo effetto finale: chè lacerazioni o rotture che siano producono in definitiva una soluzione di continuo della vescica con lo stesso risultato d'interromperne la funzione di serbatoio dell'urina.

La distinzione invece ha importanza e perciò è adottata da molti trattatisti (Legueu, Jambreau, Marion, Nicolich, ecc.) in quanto il diverso meccanismo patogenetico conduce di regola a una diversa localizzazione della lesione vescicale.

E cioè, la rottura si fa abitualmente a spese della porzione intraperitoneale della vescica, mentre la lacerazione si produce a carico della porzione extraperitoneale.

La lesione da rottura, quasi sempre completa, si stabilisce nella regione postero superiore della vescica, punto di minor resistenza, ove l'azione di scoppio ha modo di esplicarsi maggiormente.

Dai lavori infatti di Stubenrauch e Berndt, di Lamotte, Vignard e Bert, dalle ricerche anatomiche di Versari, è risultato che la vescica, in quella sede, è sprovvista di ogni sostegno e presenta lo strato muscolare a fibre più divaricate, che permette, sotto la spinta della pressione intracavitaria, una più facile ernia della mucosa.

La lacerazione invece ha sede abitualmente in avanti, nella porzione extraperitoneale, a causa della più frequente diastasi e frattura dei pubi, rispetto alle altre ossa costituenti il cingolo pelvico.

Non mancano tuttavia dei casi di lesione traumatica della vescica a tipo eccezionale, per sede e modalità d'insorgenza della lesione stessa, come per esempio nelle osservazioni di Fromme (1924) e di Schwarz (1928). Il caso che noi qui riferiamo è un esempio di eccezionale rottura da scoppio, meritevole per molti aspetti di illustrazione.

R. S., di anni 48, di professione carrettiere, mentre conduceva un carro di vino, ribaltava dal carro, rovesciandosi per terra.

Lungo la via aveva a più riprese attinto saggi di vino dai vari barili, si che in ultimo si trovò un po' alticcio e steso a terra senza spiegarsi come la cosa fosse precisamente avvenuta. Fu trasportato all'ospedale di Santo Spirito ch'era ancora un po' brillo, ma si teneva benissimo in piedi, allorchè spinto dal bisogno imperioso di urinare era costretto ad alzarsi ripetutamente dal letto per cercare di vuotare la vescica. Aveva polso buono, aspetto piuttosto tranquillo, non febbre. Obbiettivamente si constatava: addome un po' espanso nei segmenti inferiori. Sul muscolo retto di s. si apprezzava una leggera sporgenza a quattro dita dal pube, dolente alla pressione senza però che questa provocasse contrattura parietale. La cute era integra, nè si apprezzavano lesioni a carico dello scheletro del bacino.

In vista della impossibilità a urinare presentata dal paziente, si procede cautamente al cateterismo: la sonda penetra agevolmente in vescica ma non si estrae che solo una piccola quantità di liquido sanguinolento. Il sospetto di lesione vescicale da scoppio fu così fondato, e poichè nel breve pericolo di osservazione, il polso tendeva a farsi più frequente e una modica contrattura cominciava a farsi evidente, palpando la regione ipogastrica e un po' verso la fossa iliaca d., così fu deciso di praticare subito l'intervento esploratore.

Oper. (dott. Scollo): Eteronarcosi: posizione del paziente leggermente declive; incisione mediana all'ipogastrio.

Reperto: scollamento del sottocutaneo dal piano aponeurotico; tra i due piani, raccolta sieroematica, a quattro dita dal pube, l'aponeurosi del retto di s. interrotta parzialmente, con lacinie penzolanti; il muscolo retto sottostante, sezionato quasi totalmente, sfibrato con coaguli nella sede della lacerazione; scollamento del piano muscolo-aponeurotico dal peritoneo, il quale appare echimotico in qualche punto, ma integro.

Fatta la toilette del focolaio traumatico della parete, si apre il peritoneo. Reperto: anse ileali, nel piccolo bacino, un po' dilatate e leggermente iperemiche; piccola quantità di liquido siero-ematico nel cavo del Douglas; soluzione di continuo, di circa 2 cm. di lunghezza, della porzione postero-superiore della vescica, interessante la sola sierosa. Riparata la lacerazione peritoneale della vescica e suturato il peritoneo parietale, non convinti che il danno causato dal trauma alla vescica fosse tutto quello, si passa alla esplorazione della parete extraperitoneale della vescica, prolungando l'incisione sino al pube. Reperto: la cavità del Retzius scollata ampiamente sopratutto verso i lati, è riempita di liquido rossastro e di coaguli; un'ampia rottura a margini netti ed eversi, da scoppio, si diparte quasi a livello del collo vescicale in basso, dirigendosi verticalmente in alto per circa 10 cm. di lunghezza, lungo la faccia extraperitoneale della vescica. Deterso il cavo del Retzius, si riesce a suturare con doppio strato l'ampia rottura vescicale lasciandone solo aperto un piccolo tratto all'estremo superiore, tanto quanto basta a introdurre a tenuta una piccola sonda di Petzer in vescica. Sutura della lacerazione del muscolo retto e del piano aponeurotico con punti ad U, sutura subtotale della cute, piccolo tampone di garza nel Retzius.

Il decorso fu regolare e si ebbe completa guarigione in circa 20 giorni.

Il caso appare interessante, innanzi tutto per il quadro complesso delle lesioni associate.

In seguito a un trauma sottocutaneo si è avuto contemporaneamente: scollamento dei vari piani della parete addominale, con rottura del muscolo retto di s.; piccola lacerazione incompleta della parete posterosuperiore intraperitoneale della vescica: ampia e completa rottura invece della porzione antero-inferiore etxraperitoneale della vescica stessa.

Come e con quale meccanismo si sia determinato un tal complesso di lesioni, non è dif-

ficile spiegarsi, nonostante che il paziente, rotolato dal carro in istato di ebrezza alcoolica, non sia stato in grado di fornirci particolari anamnestici circa la modalità del trauma subito.

Lo scollamento dei vari piani della parete addominale ipogastrica, con versamento siero-emorragico sul tipo di quello descritto da Morel-Lavallé, c'induce a pensare che il nostro uomo, rovesciandosi dal carro, deve essere stato colpito all'addome da un agente traumatico, diretto dall'alto in basso e in senso tangenziale.

La vescica, nel momento della caduta, era certamente distesa, come del resto è abituale a trovarsi negli individui che hanno abbondantemente bevuto; quindi la parete addominale doveva essere un po' prominente e perciò facile bersaglio all'azione traumatica tangenziale.

Si descrivono rotture sottocutanee dei muscoli addominali in seguito a sforzi di contrazione specialmente in individui alcolizzati, o convalescenti di tifo, nei quali i muscoli sono patologicamente alterati; ma nel nostro caso, per il tipo e la sede delle lesioni riscontrate, è da ammettersi, senza alcun dubbio, che la rottura del muscolo retto di s. sia avvenuta principalmente col meccanismo del trauma tangenzialmente diretto; pur non potendosi escludere il concorso di una concomitante contrazione muscolare.

Avvenuta la rottura del muscolo retto e l'azione traumatica continuando, la sottostante vescica distesa venne ad essere compressa sul margine del pube. Si ebbe come conseguenza un aumento brusco e improvviso della pressione del liquido intravescicale, il quale aumento di pressione non poteva che farsi maggiormente sentire nel punto più debole cioè in basso verso la regione del collo vescicale, ove si iniziò l'ampia rottura da scoppio, mentre incompleta e come accennata fu la lesione della porzione postero-superiore intraperitoneale della vescica, rimasta in un certo modo come sostenuta dalla stessa forza traumatica.

Qualunque sia stato il meccanismo patogenetico, resta in ogni modo assodato il fatto che una tipica lesione da scoppio può prodursi, sia pure eccezionalmente, nella porzione extraperitoneale della vescica e in una sede non davvero abituale, com'è quella del collo, senza che contemporaneamente si abbia la menoma infrazione dello scheletro del bacino.

Un tal fatto ha, si capisce, una non lieve importanza nei riguardi diagnostici e terapeutici. Noi siamo portati generalmente a ricercare una lesione della vescica, se concomita una frattura del bacino.

La vescica infatti, essendo protetta dal cingolo osseo della pelvi, è relativamente indenne alle azioni traumatiche che non ledono lo scheletro (Stirling e Belt): salvo nei casi in cui essa diventa, per eccesso di distensione, da organo racchiuso nel bacino, organo addominale: il quale può allora rompersi, per un trauma contusivo della parete, come ogni altro organo cavo dell'addome.

Ne viene di conseguenza che i traumi interessanti la vescica sono relativamente rari rispetto a quelli che colpiscono le altre sezioni dell'albero urinario; e che le lesioni della porzione extraperitoneale della vescica, per il fatto che richieggono in genere gravi traumatismi con fratture del bacino, sono molto meno frequenti delle lesioni della porzione intraperitoneale.

Secondo Bartels, le prime si hanno nella proporzione del 23 %; le seconde nel 77 % dei casi di lesione vescicale in genere.

Per tutto ciò si capisce come nel nostro caso, nel quale mancava ogni segno di lesione scheletrica. e cominciava d'altra parte a manifestarsi un certo grado di contrattura parietale, emesso il sospetto generico di rottura della vescica, la lesione si diagnosticasse piuttosto a sede intraperitoneale.

Certo tardivamente la diagnosi tra una lesione extra, o intraperitoneale della vescica non è difficile a porsi, in base alle diverse complicanze settiche che lo spandimento di urina determina a carico del cellulare paravescicale, o della cavità peritoneale, ma all'inizio la differenziazione delle due lesioni non è tanto agevole come si crede.

È vero che molti sussidi diagnostici sono stati consigliati per stabilire se la vescica è stata interessata in un traumatismo; e più particolarmente se è stata interessata a spese dell'una, o l'altra sua porzione, ma sono sussidi incerti e spesso dannosi. Si consiglia tra l'altro come un mezzo dei meno offensivi l'introduzione di aria sterile in vescica (Vaughan e Rudnick), esaminando nel frattempo l'infermo al fluoroscopio, per praticare poi una radiografia, non appena l'introduzione gassosa è terminata. In tal modo si constaterebbe aria nello spazio prevescicale, in caso di rottura extraperitoneale; aria invece fra le anse o sotto al diaframma, in caso di rottura intraperitoneale.

Tuttavia anche con questo metodo si può fallire nella giusta diagnosi, come accadde a Stephens e Vinalek i quali, anche dopo introduzione di ben 300 cc. di aria in vescica, nulla di anormale notarono con l'osservazione Roentgen; e solo dopo due ore potettero scoprire la lesione vescicale, dalla crepitazione di

aria ch'essi riscontrarono nella zona soprapubica sin verso l'ombelico. Noi riteniamo pertanto che il miglior metodo di chiarire la diagnosi è, nel dubbio di una lesione vescicale, l'intervento esplorativo.

E come in una perforazione traumatica ad es. della faccia ant. dello stomaco, sarebbe grave errore non assicurarsi dell'integrità della sua parete posteriore, così allo stesso modo per le lesioni vescicali è doveroso praticare una metodica esplorazione della vescica che può essere contemporaneamente colpita nella sua porzione intra ed extraperitoneale.

Negley ha consigliato di iniettare 10 cc. di soluzione d'indago carminio al 0,8 % per via intravenosa poco prima di incidere la parete. L'urina colorata, spandendosi fuori della vescica, localizzerebbe la sede della lesione; così come si consiglia l'introduzione di una sostanza colorata nello stomaco, per scoprire agevolmente una piccola perforazione ulcerosa. Però anche con questo metodo, se non vogliamo esporci a dei gravi errori, non possiamo esimerci dall'esplorare sia la parte intra che extraperitoneale della vescica.

Così se noi ci fossimo accontentati della sola esplorazione intra-addominale avremmo suturato la forse innocua lacerazione del rivestimento sieroso, lasciando incurata la ben più grave lesione della porzione extraperitoneale della vescica.

Il nostro caso è perciò istruttivo. Esso insegna che una grave lesione da scoppio può risiedere unicamente nella porzione extraperitoneale della vescica, senza che si accompagni a frattura del bacino; che la lesione può in ogni modo essere mista e che pertanto inderogabile appare la necessità di esplorare metodicamente in ogni caso di sospetta lesione della vescica, tanto l'una che l'altra delle sue due pareti.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di rottura da scoppio del collo e della porzione extraperitoneale della vescica, occasionato da un trauma tangenziale che provocò contemporaneamente lo scollamento dei piani della parete addominale e la rottura del muscolo retto di s. L'A. fa seguire alcune considerazioni diagnostiche e terapeutiche.

BIBLIOGRAFIA.

BARTLES. Arch. f. Klin. Chir. Bd. 22.
NITZE e SONNENBERG, in tratt. di Chir. prat. del BERMANN.
LEGUEU. *Tratt. chir. d'urol.*
NICOLICH. Manuale d'urologia.
F. NEUGEBAUER. Zentr. f. Chir., n. 20, 1932.
MARION. Traité d'urolog.
V. STEPHENS e W. VYNALEK. The Journ. of the Americ. Med. Assoc., 1° giugno 1929.
EISENDRATH e ROLNICH. Ibid., 17 novembre 1928.
STIRLING e BELT. Ibid., 15 giugno 1929.
NEGLEY. The Journ. of Urol., 3 settembre 1925.
E. SCHWARZ. Zeits. f. Urol., fasci. I, 1928.
L. B. GREENE. Annals of Surg., p. 307, 1928.
COSTANTINI. Clin. Chir., pag. 952, 1932.
H. G. BUGBEE. The Journ. of Urol., maggio 1928.
I. CAULCK. Ibid.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

L'edema pulmonare acuto.

(H. NETTER. *Gazelle des Hôpitaux*, 5-12 gennaio 1935).

L'edema acuto del pulmone, accidente improvviso e drammatico, è caratterizzato da una crisi di dispnea parossistica seguìta da espettorazione mucosa ed albuminosa più o meno abbondante. È dovuto ad una brusca transudazione siero-ematica intralveolare: è l'apoplessia sierosa degli antichi autori.

Può verificarsi nel corso: 1) di affezioni renali e cardiache; 2) delle infezioni generali e localizzate ai polmoni; 3) di avvelenamenti varî; 4) di malattie nervose; 5) dell'asfissia; 6) di disturbi meccanici endotoracici.

1) Nelle *affezioni cardio-renali* si ha la forma classica dell'edema acuto polmonare.

Si può verificare nella nefrite cronica azotemica ed ipertensiva, nelle nefriti acute, nella nefrite gravidica, nell'ipertensione arteriosa permanente, nelle fasi di scompenso cardiaco, nelle aortiti, nelle cardiopatie valvolari specie nella stenosi mitralica.

I segni premunitori sono costituiti da piccoli accessi di dispnea e dolori precordiali a tipo anginoso. In questa fase l'esame mette in evidenza, ritmo di galoppo, tachicardia, extrasistoli, ipertensione.

La crisi scoppia improvvisamente in ogni ora, di notte come di giorno, favorita dallo strapazzo fisico, da eccessi alimentari, da emozioni.

Il paziente avverte un senso di tillichio alla gola, una tensione dolorosa del torace, una oppressione rapidamente crescente. In qualche minuto il quadro si completa. Si ha dispnea intensa, polipnea (35-40 al minuto), ortopnea. Questa dispnea angosciante dà l'impressione di morte vicina come per annegamento. Si ha un dolore retrosternale con irradiazioni al dorso, alle spalle, alle braccia fino ai polsi. Contemporaneamente compare una tosse incessante, superficiale, dapprima secca, in seguito accompagnata da un'espettorazione che dà un breve senso di sollievo.

Quest'espettorazione è caratteristica per la sua abbondanza (da 200 a 500 gr.), per il suo

aspetto denso, filante, finemente aerato, simile a bianco d'uovo battuto, rosato o anche sanguinolento. La sua composizione chimica è analoga a quella del plasma sanguigno. È ricca di albumina e non contiene nè mucina, nè fibrina. L'esame citologico dimostra al principio qualche rara cellula alveolare o bronchiale, qualche polinucleare con emazie; più tardi possono comparire macrofagi carichi di pigmenti ed in caso d'infezione pneumococcica secondaria numerosi polinucleari.

Il malato è pallido, ansioso, terrificato, coperto di sudore, ha le mani fredde e livide, le labbra cianotiche, non può parlare. Dato questo stato l'esame fisico è difficile.

Alla percussione si rileva una sonorità normale o anche timpanica indice di enfisema acuto delle parti non colpite. Su tutto l'ambito si ascoltano rantoli crepitanti a bolle finissime, molto fitti, che diventano sempre più umidi e più abbondanti.

All'ascoltazione del cuore si nota ritmo di galoppo.

Il polso è piccolo, frequente.

La tensione vasale rimane invariata durante la crisi, per cadere rapidamente a misura che ci si avvicina all'esito letale.

Questo costituisce la regola se il malato non è prontamente ed energicamente soccorso. Il polso si fa sempre più piccolo, rapido ed irregolare. L'infermo non espettora più, i polmoni ed i bronchi si riempiono di liquido, la cianosi cresce e la morte sopravviene nell'asistolia in capo a tempo variabile, dopo qualche ora o uno o due giorni.

Se l'infermo è curato a tempo i sintomi possono regredire rapidamente fino a scomparsa totale. In qualche caso persistono rantoli di congestione e sintomi di asistolia.

Di solito sopravvengono recidive che con l'andar del tempo si riavvicinano sempre più. L'efficacia dei salassi e dei medicamenti cardiotonici risulta sempre più debole. La morte si ha nel corso di una crisi meno brutale ma più lunga o a causa della progressiva insufficienza cardiaca.

Per quel che riguarda la prognosi della crisi sono segni favorevoli la facilità e l'abbondanza dell'espettorazione. In ogni caso l'esito dipende essenzialmente dalla tempestività del soccorso.

La prognosi ulteriore è in funzione dello stato di resistenza dell'apparato cardio-vasale ed in ispecie del ventricolo sinistro. È favorevole nel caso che la pressione risalga rapidamente alla sua cifra iniziale, è grave se continua ad abbassarsi. Dopo qualche giorno di calma ingannatrice sopravviene una sincope o un'asistolia progressiva. Il rumore di galoppo, la persistenza della tachicardia e delle extrasistoli e sopratutto la comparsa del polso alternante sono indici di gravità.

L'edema pulmonare acuto cardiorenale può assumere forme cliniche diverse:

a) *evolutive*: *sincopale* (la morte avviene dopo qualche istante con un po' di schiuma alla bocca); *broncoplegica* (la morte avviene per asfissia dopo qualche ora, senza tosse nè espettorazione); *prolungata* (l'espettorazione diviene purulenta, si ha febbre e la guarigione eventuale si ha dopo parecchie settimane); *mista* (combinazione di edema cronico e acuto: dopo una crisi tipica la dispnea si attenua senza scomparire, l'espettorazione è discontinua e possono aversi nuove crisi acute);

b) *sintomatiche*: *dolorosa* (il dolore a tipo anginoso domina il quadro); *emoftoica* (la espettorazione è poco abbondante ma carica di sangue); *ipertermica* (la febbre denota l'infezione secondaria);

c) *attenuate*: *discreta* (piccoli colpi di tosse con espettorato scarso, spumoso, leggermente salmonato); *larvata* (tosse senza espettorazione indice di congestione laringo-tracheobronchitica); *piccoli edemi d'allarme* che possono precedere la grande crisi e convenientemente curati evitarla;

d) *parziali*: si tratta di edemi localizzati che rientrano nel quadro delle congestioni passive dell'insufficienza cardiaca o in quello degli edemi infettivi subacuti.

Nella stenosi mitralica l'edema acuto pulmonare può verificarsi nel corso della gravidanza (per lo più al 4° o 5° mese, l'aborto è fatale e vale spesso ad arrestare la crisi). L'interruzione della gravidanza è indicata ma non sempre evita gli accidenti. Oltre la gravidanza possono determinare l'edema, gli strapazzi e le infezioni.

2) Le *infezioni* possono determinare l'edema pulmonare acuto nei seguenti casi:

A. *Edemi sopravvenienti in un cardiaco in occasione di un'infezione delle vie respiratorie*. Il caso più frequente è quello dell'infezione pulmonare, nel corso della quale si possono avere edemi in genere meno gravi di quelli precedenti.

B. *Edemi nel corso di un'infezione senza localizzazioni pulmonari preesistenti*. Tale evenienza può verificarsi nel corso del reumatismo articolare acuto, dell'influenza con o senza localizzazioni delle vie aeree superiori, della rosolia. Si tratta quasi sempre di accidenti letali.

C. *Edemi nel corso di infezioni a localizzazioni pulmonari*. Al riguardo l'influenza preponderante dello pneumococco è stata messa in evidenza da tempo.

Si possono avere edemi pneumococcici acuti come la sola manifestazione di una pneumopatia, come il segno rivelatore di una setticemia che secondariamente si localizza nel pulmone, o come complicazione di una pulmonite o broncopulmonite nella fase iniziale, di stato o di convalescenza sopratutto nei vecchi (edema agonico dei vecchi).

Nelle stesse condizioni gli edemi subacuti o localizzati si iniziano silenziosamente ed e-

volvono lentamente. Si tratta per lo più di forme congestizie con tendenza edematosa.

Le complicazioni edematose dell'influenza sono costituite da focolai di edemi parziali e localizzati, associati a lesioni broncopulmonari emorragiche.

Nel corso della tubercolosi pulmonare si possono avere eccezionalmente crisi di edema acuto o subacuto.

Gli edemi infettivi dei lattanti possono verificarsi nel corso di una pulmonite o broncopulmonite o essere apparentemente primitivi. Hanno sempre esito infausto. Sono curabili solo quelli che hanno un decorso subacuto.

3. Le *intossicazioni* che possono determinare l'edema pulmonare acuto sono varie.

Sperimentalmente è stato provocato con soluzioni clorurate, con l'acido prussico, con gli ioduri, con la muscarina, con il salicilato di metile, con il nitrito d'amile e l'adrenalina.

Clinicamente è stato costatato a seguito dell'abuso di alcuni medicamenti: joduro di potassio, iodoformio, pilocarpina, etere, sali di oro, cianuro di mercurio, iniezioni massive di soluzione fisiologica in individui con ritenzione clorurata.

È stato anche osservato in seguito a rapido riassorbimento di edemi periferici, a shock anafilattico, a morsi di serpenti.

Il colpo di sangue pulmonare degli alcoolisti è un edema acuto nell'etiologia del quale influiscono tanto il freddo o il caldo come la intossicazione alcoolica.

Tra i gas di guerra il cloro e i suoi derivati ($CO\ Cl_2$, fosgene, palite, surpalite, cloropicrina) e alcune arsine (lewisite) provocano edemi pulmonari acuti più o meno gravi e fulminanti. I gas vescicanti, il cui tipo è l'yprite, insieme alle scottature cutaneo-mucose, possono provocare manifestazioni pulmonari multiple a tipo infiammatorio e edematoso.

4. Le *affezioni nervose* nelle quali si può verificare l'edema pulmonare acuto sono varie: traumi dell'encefalo, epilessia, morbo di Parkinson, tumori cerebrali, embolie e trombosi cerebrali, fratture del rachide, mielite, tabe, polineurite.

5. Nell'*asfissia*, dipenda essa da impiccamento, soffocazione, strangolamento o annegamento molto spesso si constatano i segni dell'edema pulmonare acuto.

Anche nell'elettrocuzione si può avere l'edema.

Nell'asfissia ossicarbonica l'anoxiemia provoca l'edema pulmonare.

6. L'edema pulmonare acuto *meccanico* o *a vacuo* si può verificare nel corso di una toracentesi troppo rapida o troppo abbondante, nel corso della paracentesi e anche durante la produzione del pneumotorace artificiale.

I caratteri anatomo-patologici della lesione sono molto precisi. All'apertura del torace si nota che il pulmone è turgescente, con le impronte delle costole, e non si affloscia. I margini anteriori sono spesso gonfiati dall'enfisema e la pleura viscerale può essere distaccata dal pulmone da un edema giallastro. La pressione del dito non provoca crepitazione e lascia un'impronta. Al taglio si nota una sierosità abbondante, incolore o giallastra, trasparente, spumosa.

All'esame microscopico si rileva: pareti alveolari rotte, capillari sanguigni dilatati, linfatici distesi, vene cariche di sangue, bronchi riempiti di essudato edematoso.

Il meccanismo patogenetico dell'edema pulmonare acuto non è ancora ben chiaro. Varie ipotesi sono state avanzate, ma nessuna del tutto convincente. La più accreditata è quella nervosa: qualunque ne sia la causa originaria l'accidente sarebbe determinato da un'improvvisa dilatazione dei vasi pulmonari attraverso un'eccitazione riflessa vago-simpatica.

Il *trattamento di urgenza* dell'edema pulmonare acuto consta di quattro pratiche:

1) Si praticherà subito un salasso abbondante (400-600 grammi), preferibilmente con ago. Esso provoca un sollievo immediato. La sua azione è complessa provocando diversi riflessi vasomotori e secretori. Determina un vuoto circolatorio venoso che sgombra il cuore destro e richiamando il sangue attraverso i capillari diminuisce il lavoro del cuore sinistro.

2) La morfina, una volta ritenuta dannosa o inutile, è ora considerata il medicamento per eccellenza dell'edema pulmonare acuto. L'iniezione sottocutanea di un centigramma di morfina calma lo psichismo dell'infermo e la sua irritabilità neurovegetativa, favorisce l'azione elettiva dei medicamenti del cuore.

3) Per tonificare l'azione del cuore si praticherà un'iniezione endovenosa di un quarto di milligramma di ouabaina e si praticheranno quindi iniezioni alternate di canfora e di sparteina ogni tre o quattro ore.

4) Nelle forme soffocanti si somministrerà l'ossigeno.

Intanto si farà osservare al paziente il riposo più assoluto e la dieta idrica. Gli si somministreranno diuretici.

L'iniezione di ouabaina si ripeterà ancora per 3-5 giorni, e così anche quella di morfina.

Se il cuore è aritmico si somministrerà la digitalina (40 goccie in tre giorni). Eventualmente si alterneranno le cure di digitale con quelle di teobromina.

Il riposo assoluto a letto dovrà essere osservato almeno per tre settimane.

La dieta idrica sarà osservata ancora per qualche giorno aumentando gradatamente la quantità quotidiana di acqua da un litro ad un litro e mezzo; poi si passerà alla dieta lattea, e quindi si passerà ai legumi, alle paste, alla frutta cotta, alle marmellate ed anche ad un po' di carne, sempre con niente o poco sale.

Per calmare l'eventuale eccitabilità nervosa si può ricorrere ai bromuri, ai barbiturici, alla belladonna.

Per evitare le recidive si curerà l'affezione causale. DR.

La crisi emoclasica nella prima introduzione di pneumotorace terapeutico.

(M. VALLI. *Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi*, 31 dicembre 1934).

La crisi emoclasica osservata per la prima volta da Widal e studiata dai suoi allievi, viene messa in rapporto con la introduzione di individui adatti, di sostanze capaci di rompere l'equilibrio fra i colloidi e si manifesta con modificazioni ematiche e tensiometriche consistenti in: leucopenia, abbassamento della pressione del sangue, abbassamento dell'indice di refrazione del siero, arterializzazione del sangue venoso in vari distretti.

Successivamente la crisi emoclasica è stata provocata come reazione diagnostica in molte malattie: sifilide, tubercolosi, tifo e melitense, affezioni gonococciche, pertosse, kala-azar, echinococcosi, insufficienza epatica ed anche nella diagnosi di gravidanza.

D'Amato propose ed attuò la ricerca della crisi emoclasica da iniezione di tubercolina, quale nuovo mezzo diagnostico nella tubercolosi. Avezzù e Boggian studiarono per primi le modificazioni della pressione e dei leucociti, che avvengono in seguito al rifornimento pneumotoracico: la reazione emoclasica riscontrata venne da loro attribuita alla entrata in circolo di materiale tubercolare per effetto della collassoterapia.

Successivamente altri ricercatori hanno ritrovato gli stessi risultati.

L'A. ha ripreso questi studi ed ha osservato 21 casi di tubercolosi polmonare in occasione della prima introduzione di pneumotorace terapeutico.

Ad eccezione di un sol caso in cui fu dubbia, la reazione emoclasica apparve sempre, più o meno positiva. Il massimo valore di essa si ebbe in circa la metà dei casi al 40° minuto dopo l'introduzione del gas, in un quarto dei casi al 20° minuto, in un altro quarto al 60-80° minuto.

È mancata sempre la inversione della formula leucocitaria; fu notato invece una certa tendenza alla mononucleosi ed alla deviazione a sinistra dell'indice nucleare di Arneth e Schilling. In un terzo dei casi fu riscontrata arterializzazione del sangue venoso.

L'A. ha fatto pure ricerche per accertare se la semplice puntura pleurica possa, in individui affetti da tubercolosi polmonare, produrre la crisi emoclasica, ma i risultati sono stati negativi.

VICENTINI.

Pleurite tubercolare detta primitiva e prima infezione.

(A. COURCOUX e A. ALIBERT. *Paris Médical*, 5 gennaio 1935).

La pleurite tubercolare attrae ognora l'attenzione dei clinici sopratutto per il suo prognostico a più o meno lunga scadenza. Nel fanciullo essa lascia spesso il soggetto molto debilitato ed esige una convalescenza lunga; nell'adolescente e nell'adulto fino ai 25 anni, evolve rapidamente e favorevolmente anche nei riguardi della prognosi lontana; nell'età adulta, poichè si tratta in genere di forme associate a lesioni polmonari, la prognosi è non buona; dopo i cinquanta anni infine ogni pleurite è una affezione grave assai.

L'A. si sofferma nel presente lavoro sulla pleurite tubercolare, detta primitiva, della adolescenza e degli adulti giovani. Essa è benigna nel più dei casi; recidiva di rado ed ha una prognosi eccellente a lunga scadenza. La ragione di ciò va ricercata nel fatto che questa pleurite è in generale un episodio molto precoce nella evoluzione della tubercolosi e spesso ne è l'episodio iniziale. Ciò è contrario alla dottrina predominante per lungo tempo secondo la quale la prima infezione si produrrebbe quasi sempre nei primi anni della vita. Ma questo dogma viene scosso profondamente se si pensa che recenti statistiche fatte su migliaia di casi hanno messo in evidenza che in individui di venti e talora più anni la cutireazione è riuscita negativa nelle rilevanti percentuali del 30 al 50 %.

Una volta accettato il fatto della prima infezione tardiva l'A. si domanda se si possa ammettere che la pleura sia talvolta la sede della lesione tubercolare iniziale o almeno che la pleurite sia contemporanea alla classica lesione ganglio-polmonare. In favore di ciò militano diverse prove anatomiche, cliniche e biologiche.

La via linfatica ha una importanza di primo ordine nella diffusione della tubercolosi primaria. Qualunque sia la porta di ingresso della infezione, la pleura, data la ricchezza del suo reticolo linfatico e le sue connessioni, rischia di essere uno dei primi organi colpiti. Clinicamente esistono delle analogie apparenti tra gli accidenti della prima infezione e certe pleuriti. Anzitutto entrambe le affezioni compaiono in individui della stessa età giovanile ed hanno una evoluzione molto simile nella sintomatologia. In essi infine la guarigione anatomica delle lesioni non implica l'arresto della infezione bacillare. Ma vi è di più: in alcuni casi l'indagine radiologica mostra la coesistenza di queste due manifestazioni, senza che si possa stabilire quale delle due lesioni, la polmonare o la pleurica, costituisca l'accidente iniziale, propriamente parlando.

Ma un argomento inconfutabile alla tesi dell'A., potrebbe essere arrecato dalla pratica sistematica e ripetuta delle reazioni tubercoliniche, che potrebbero svelare la comparsa dello stato allergico contemporaneamente all'inizio della pleurite. L'importanza della cutireazione non sarebbe in questi casi solamente teorica, ma anche pratica, data l'importanza prognostica e terapeutica della diagnosi della prima infezione. Il concetto che nei soggetti giovani la pleuro tubercolosi primitiva costituisce molto spesso una delle manifestazioni della prima infezione, comporta alcune conseguenze pratiche importantissime: nelle pleuriti è necessario ricercare accuratamente il contagio recente ed allontanare il malato da ogni sorgente di contagio bacillare; in esse è di regola la astensione da ogni forma di terapia locale, mentre è lo stato generale che va contenuto; ogni pleuritico infine, dopo il periodo febbrile, va sottoposto ad una cura di riposo sorvegliata, per la durata di almeno sei mesi.

VICENTINI.

Contributo alla clinica dell'asma bronchiale.

(A. WIEHLER. *Mediz. Klinik.*, 14 dic. 1934).

Dalla raccolta di 176 casi clinici si deduce che nella patogenesi dell'asma bronchiale hanno importanza da un lato la « predisposizione allergica », d'altro lato la azione di un determinato antigene. La predisposizione allergica può anche venire acquisita in seguito ad infezioni delle vie aeree: così in 30 tra i pazienti studiati, i quali prima di detta infezione (per lo più una bronchite o broncopolmonite) mai avevano presentato sintomi allergici. Sulla predisposizione allergica influiscono fattori endogeni e fattori esogeni. Tra i primi hanno particolare importanza le condizioni di tono nel sistema nervoso vegetativo e la situazione ormonica. Così in 27 pazienti si poteva osservare una netta azione sfavorevole della posizione supina degli accessi: questo è dovuto alla stimolazione del vago che detta posizione determina. Alcuni ormoni sessuali agiscono in senso favorevole sulla predisposizione allergica: all'epoca della pubertà si trova una percentuale minima di asmatici. In 16 casi dell'A. era evidente una azione sfavorevole della mestruazione sulla intensità degli accessi, talvolta gli accessi erano strettamente limitati al periodo che di pochi giorni precedeva e di pochi giorni seguiva la mestruazione. I fattori esogeni dimostrano la loro importanza con i rapporti che esistono tra la comparsa degli accessi e l'ora, la stagione, le condizioni meteoriche. Spesso gli accessi di asma si limitano alle ore della notte: così in 61 casi dell'A. Nella maggior parte dei casi però la comparsa notturna è dovuta o alla azione di allergeni che emanano dal letto, oppure allo stimolo esercitato sul vago dal decubito orizzontale: non si può però escludere che abbia importanza anche lo spostamento della reazione ematica verso la parte acida, dimostrata da Straub durante il sonno. Le stagioni hanno pure una certa influenza: la maggior parte dei pazienti presentano una intensificazione degli accessi nei mesi tra l'agosto e il gennaio, e soprattutto in novembre (importanza dell'aumento della riserva alcalina?). Indubbia importanza sfavorevole esercitano sugli asmatici anche le brusche variazioni meteorologiche.

La causa scatenante gli accessi di asma è l'azione di un allergene. È di somma importanza la identificazione dell'allergene dannoso perchè spesso basta la sua esclusione per far cessare gli accessi. Molto utile è una accurata anamnesi: così in 17 casi l'A. potè concludere per allergeni in rapporto con la regione di soggiorno, in 15 casi per allergeni domestici, in altri casi per allergeni alimentari o provenienti da determinati animali. Quando non sia decisiva già la anamnesi, si riesce spesso ad identificare l'allergene nocivo abolendo volta a volta l'azione di tutte quelle sostanze, alimentari o ambientali, che potrebbero ritenersi sospette. Questo criterio *ex juvantibus* dà dei risultati altrettanto buoni quanto la applicazione delle prove cutanee: queste danno risultati probativi solo in un certo numero di casi, perchè molti pazienti e soprattutto quelli di data più antica reagiscono contemporaneamente a più antigeni. Tutti i casi dell'A. vennero sottoposti alle prove con 35 estratti di allergeni: di essi 55 reagirono ad un solo estratto, 38 a due estratti diversi, 30 a tre estratti, 8 a cinque e 7 a più di cinque estratti. Diedero le più frequenti reazioni positive, l'estratto di polvere in 100 pazienti, gli estratti di sostanze alimentari in 81 pazienti, e l'estratto di piume del letto in 18 pazienti.

La cura consiste nell'allontanare dal paziente l'azione dell'allergene dannoso: quando questo incontri delle difficoltà, si cerca di desensibilizzare il malato con iniezioni sottocutanee di dosi crescenti di estratto dell'allergene verso cui la prova cutanea sia decisamente positiva. In 75 casi l'A. praticò questa cura specifica con gli estratti di polvere: ottenne ottimi risultati specialmente nei bambini. Dose iniziale, 0,005 ccm. di estratto: quindi aumento prudente a 0,01, e al caso ancora fino ad 1 ccm. dell'estratto che avanti la cura aveva dato reazione locale alla dose di 0,01. Dapprima 2 iniezioni la settimana; dopo il miglioramento gli intervalli venivano prolungati ad 1, 2, 4 e 6 settimane. Durante la cura di desensibilizzazione una lieve reazione locale è piuttosto utile, talora anche una leggera reazione generale conferisce, dopo un iniziale peggioramento, una protezione più duratura. In quei pazienti nei quali le prove cutanee avevano dato risultato

negativo l'A. tentò una desensibilizzazione aspecifica, iniettando con buoni risultati 1-2 ccm. di estratto placentare preparato secondo la prescrizione di Munter, e in 22 casi la tubercolina vecchia. R. Pollitzer.

DOLORE.

I dolori addominali ed il loro significato clinico.

(Z. Cope. *Practitioner*, settembre 1934).

La parete della cavità addominale è innervata da nervi cerebrospinali, mentre i visceri sono innervati da fibre simpatiche splancniche, ed il principale nervo motore dello stomaco e dell'intestino è il vago.

La localizzazione esatta dei dolori addominali dipende essenzialmente dai nervi della parete. La superficie inferiore del diaframma è innervata da fibre afferenti del frenico che provengono dal quarto segmento cervicale. La parete anteriore e laterale dell'addome è innervata da fibre degli ultimi sei nervi toracici e del primo lombare; questa parte della parete addominale è molto sensibile specialmente nelle superficie peritoneali e cutanee. La parete posteriore dell'addome, lo psoas e la parete delle pelvi è molto meno sensibile tanto da costituire un'area pressochè silente. La stimolazione dei nervi addominali prodotta dalla pressione, da processi infiammatori o da liquidi irritanti provoca un dolore locale acuto che raramente diventa diffuso. Tale dolore di rado è accompagnato da sudorazione e non ha tendenza a provocare vomito.

I visceri addominali sono innervati principalmente dai nervi splancnici costituiti da fibre simpatiche provenienti dagli ultimi sette segmenti toracici del midollo. Le eccitazioni di questi nervi sono prodotte da stimoli differenti da quelli occorrenti per l'eccitazione dei nervi spinali: per gli organi cavitari (ureteri, vescica, stomaco, intestino ecc.) il dolore è prodotto dall'iperdistensione o dallo spasmo della loro tunica muscolare e per gli organi compatti (fegato, rene ecc.) il senso di pena locale è prodotto dalla congestione. Il dolore prodotto dall'eccitazione delle fibre simpatiche è spesso accompagnato da vomito e talvolta da sudorazione, e differisce dal dolore proveniente dall'eccitazione parietale per il fatto che è associato con grande irrequietezza e che si può ottenere qualche sollievo (almeno nella fase iniziale) dalla pressione esercitata sull'addome.

Bisogna innanzi tutto tener conto che i dolori addominali possono essere provocati da affezioni lontane. Nella pulmonite e nella pleurite acuta si può avere un'irritazione degli ultimi sei nervi intercostali, che si traduce con un dolore ventrale. È a notare che si può essere tratti in inganno talvolta dal fatto che nella pulmonite il dolore è localizzato all'ipocondrio destro ed è accompagnato da ittero. La pleurite dà più di sovente dolore nelle fosse iliache. Comunque è a tener presente che nelle affezioni toraciche unilaterali il dolore ventrale è limitato allo stesso lato ed è accentuato dalla pressione solo sulle parti omolaterali.

I nervi addominali possono essere eccitati alla loro origine midollare, come avviene nelle tabe e nelle sclerosi a placche. Nella tabe l'eccitazione di una delle radici posteriori dalla sesta alla decima dorsale può provocare dolori gastrici che possono simulare affezioni addominali tanto più che comunemente sono accompagnati da vomito. La diagnosi si fa facilmente a seguito del risultato dell'esame delle pupille e dei riflessi.

Le affezioni acute e croniche della colonna vertebrale possono essere accompagnate da dolori addominali a seguito dell'eccitazione degli ultimi sei nervi toracici. È ben noto come nel morbo di Pott si possano avere dolori epigastrici. Anche l'osteo-artrite vertebrale può essere accompagnata da dolori addominali.

Un'altra causa extra-addominale di dolori ventrali è costituita dalle cardiopatie. È noto come insieme o a seguito di pericarditi, endocarditi e trombosi coronaria si possono avere violenti dolori epigastrici. Non è dubbio che attacchi leggeri di angina pectoris sono spesso scambiati con disordini gastrici, e talvolta le sofferenze derivanti dalla congestione epatica acuta da insufficienza cardiaca sono ritenute dipendenti da affezioni addominali primitive.

I dolori derivanti da lesioni della parete addominale sono generalmente dovuti a distrazioni muscolari a seguito di sforzi eccessivi, tosse violenta ecc. Sono nettamente localizzati, si esacerbano alla contrazione del muscolo leso e scompaiono con il riposo del muscolo stesso, non sono mai accompagnati da vomito o da altri sintomi di affezioni degli organi endoaddominali.

I dolori dipendenti da questi ultimi possono essere propriamente viscerali o parietali. Nel primo tipo il dolore costituisce la parte essenziale della sindrome, nel secondo la parte complementare.

Il dolore propriamente viscerale è diffuso, distribuito in modo non netto, ma spesso violento e localizzato al segmento di distribuzione corrispondente al nervo dell'organo leso. Al principio non è accompagnato da dolore alla pressione, anzi può essere da questa alleviato. Nella vera colica biliare si ha spesso un dolore a cintura all'altezza dell'ombelico, corrispondente al livello di distribuzione dell'ottavo e nono segmento toracico. Talvolta la cintura dolorosa è solo laterale a destra, ma in ogni caso il punto di massima intensità si trova nella linea mediana in avanti o indietro. Nelle coliche del piccolo intestino il dolore massimo è sentito anteriormente nella regione ombelicale e sopra-ombelicale, mentre in quelle del colon è sentito tra l'ombelico ed il pube. L'appendice ha una musculatura continua con

quella del colon, ma i suoi nervi, che passano attraverso il mesentere appendicolare, probabilmente hanno la stessa origine dei nervi del basso ileo. Pertanto i dolori appendicolari sono di solito sentiti nella regione sopra- e periombelicale, ma talvolta anche più in giù. Le coliche delle trombe e dell'utero sono quasi sempre sentite posteriormente nella parte mediana della regione lombo-sacrale.

Quando il dolore dipende da un viscere o da un condotto non a contatto con la parete addominale la sua localizzazione è strettamente segmentaria, mentre il dolore locale è assente o minimo, e comparirà in seguito quando il processo si diffonde alla parete. Così quando si ha l'infiammazione dell'appendice nella cavità addominale e il suo lume è ostruito da concrezioni o stenosi il dolore sarà sentito all'epigastrio o intorno all'ombelico, perchè questa è l'area di distribuzione segmentaria in rapporto con le fibre che innervano l'appendice. Ma quando l'infiammazione si diffonde attraverso lo strato peritoneale e l'appendice diviene aderente alla parete vicina, allora si ha il dolore locale, perchè sono eccitate direttamente le fibre cerebrospinali. D'altra parte se l'appendice è retrocecale, è cioè situata in modo da essere in contatto con la parete, allora, in casi d'infiammazione, il dolore sarà locale fin dal primo momento.

Il migliore esempio di dolore parietale è quello dato dalle peritoniti qualunque ne sia la natura e l'origine (infiammazione o rottura di un viscere, infezioni per la via del sangue). Si ha sempre un intenso dolore locale in rapporto all'eccitazione di fibre nervose cerebrospinali. Il dolore è sempre accompagnato da rigidità dei muscoli contigui all'area infiammata. Però nelle affezioni parietali pelviche il dolore locale è quasi sempre minimo e trascurabile e si ha invece una dolenzia a tipo viscerale più o meno in alto in prossimità dell'ombelico e dovuto probabilmente a contrazioni reattive dell'intestino. In questi casi l'esame rettale può dar conto della sede dell'affezione.

Il dolore dell'occlusione intestinale è quasi sempre a carattere viscerale ossia segmentario. Nelle occlusioni del tenue è localizzato anteriormente intorno o sopra l'ombelico in quelle del colon nella regione soprapubica mediana. Nella prima fase dell'occlusione del tenue il dolore centrale può costituire l'unico sintoma, ma il vomito segue subito e tende a divenire biliare. La rigidtà della parete e la febbre mancano sempre. Nell'occlusione del colon, come si è detto, il dolore è subombelicale e c'è sempre meteorismo.

Il dolore diventa a tipo parietale, ossia localizzato, quando a seguito della strozzatura la parte d'intestino lesa diventa fissa, congesta, infiammata e distesa per modo che la pressione sulla parti vicine provoca dolore. Ciò avviene sopra tutto nell'ernia strozzata. A parte ciò lo stesso tipo di dolore locale si può avere quando l'occlusione avviene in una parte del colon contigua alla parete posteriore dell'addome.

Al riguardo vanno ricordati i dolori dipendenti dalla torsione o costrizione del mesentere o dei peduncoli degli organi. Essi possono essere molto violenti ed a tipo viscerale, ma non appena si stabilisce l'infiammazione e l'aderenza alla parete si ha il dolore locale.

Ci sono forme di dolori addominali a carattere catastrofico per la loro estrema violenza e perchè sono accompagnati da grave collasso. Essi sono dovuti ad un'eccessiva stimolazione delle terminazioni nervose parietali o splacniche e si verificano a seguito della perforazione di un'ulcera gastrica o duodenale, di grave strozzamento del tenue, di trombosi ed embolia del mesentere e nella pancreatite acuta. Nell'ulcera perforata la improvvisa invasione di contenuto estraneo nella cavità peritoneale con l'eccitazione contemporanea di terminazioni nervose di una larga superficie spiega l'intensità del dolore ed il collasso: la rigidità della parete muscolare fa distinguere questa dalle altre condizioni analoghe. Nella pancreatite acuta si ha un dolore epigastrico fortissimo accompagnato da un dolore localizzato alla regione dorsolombare in punti corrispondenti alla testa ed alla coda del pancreas. La trombosi acuta del mesentere provoca un dolore addominale diffuso, ma la rigidità compare solo con il sopravvenire della peritonite.

Le emorragie intraddominali anche abbondanti provocano poco o niente dolore. È noto come questo fatto faccia scambiare il polso piccolo e frequente delle emorragie addominali per attacchi di tachicardia di origine nervosa. Il dolore colico dell'aborto tubarico è avvertito all'ipogastrio ed alla regione sacrale ma non è dovuto all'irritazione prodotta dal sangue ma dalle contrazioni spasmodiche della salpinge. È interessante però il fatto che il sangue stravasato eccitando la superficie diaframmatica inferiore provoca attraverso il frenico un dolore nella regione acromio-clavicolare.

Tenuti presenti questi concetti fisiopatologici e clinici che governano il meccanismo di produzione dei dolori addominali riesce per lo più agevole fare la diagnosi di sede e di natura del male.

Riferendosi a casi particolari è a notare che il dolore spontaneo e alla pressione, la rigidità nel quadrante superiore destro sono di solito determinati dall'ulcera duodenale e dalla colecistite. Spesso riesce difficile fare la diagnosi differenziale fra le due affezioni. Al riguardo giova tener presente che il dolore riferito alla regione sopracromiale è più frequente nell'ulcera che nella colecistite.

Il dolore peritonitico limitato alla fossa iliaca destra è per lo più dovuto ad appendicite, ma può essere dovuto anche a molte affezioni del rene destro, alla peritonite secondaria ad ulcera duodenale, alla pancreatite acuta e alla colecistite.

È raro trovare un dolore peritonitico all'ipo-

condrio sinistro, per quanto possa verificarsi in alcuni casi di ulcera duodenale e di rottura spontanea della milza.

Il dolore peritonitico nella fossa iliaca sinistra è dovuto o a diverticolite o a pericolite intorno ad un cancro del colon, ma talvolta è dovuto ad affezioni del rene sinistro e a peritonite pelvica secondaria a salpingite o nel caso di localizzazione pelvica dell'appendice.

Vi sono forme di peritonite generali accompagnate da dolenzia diffusa di tutto l'addome ma senza rigidità, come negli ultimi stadi della peritonite consecutiva a perforazione di ulcera duodenale.

I dolori addominali acuti senza rigidità muscolare sono di più difficile diagnosi. Nella colica biliare può essere un buon criterio diagnostico la distribuzione segmentaria del dolore ed a cintura. Nella colica renale il dolore s'irradia all'inguine e al testicolo corrispondente e la pressione profonda nell'angolo tra l'ultima costola ed il muscolo *erector spinae* provoca vivo dolore.

I dolori provocati dalla stipsi e dell'iperdistensione del colon sono localizzati al di sotto dell'ombelico e sono alleviati con l'emissione di aria per l'ano.

I dolori dell'intussuscezione del colon sono spasmodici, molto acuti e accompagnati poi da emissione di sangue e muco, e spesso riesce possibile palpare un ingrossamento.

Il dolore colico del tenue è localizzato nella regione ombelicale, è accompagnato da nausea e vomito che tende a divenire biliare e poi stercoraceo.

I piccoli dolori centrali sono spesso dovuti ad ernie crurali ignorate dal paziente e che possono anche sfuggire all'esame del medico.

L'aneurisma dissecante dell'aorta addominale può provocare gravi dolori e collasso.

A secondo della natura, della sede e del grado della lesione causale i dolori addominali possono essere curati medicalmente e chirurgicamente.

La cura medica consiste essenzialmente nel riposo e nella somministrazione della morfina. Questa non dovrebbe essere data prima che sia stata fatta la diagnosi, perchè spesso altera il quadro sintomatologico.

La scelta della cura medica o chirurgica, non è un problema facile. In fatto di dolori addominali acuti anche i medici più sperimentati possono sbagliare. Conviene quindi usare le maggiori precauzioni e dividere le responsabilità, chiedendo il parere di un chirurgo.

DR.

La chirurgia del dolore.

(J. R. LEARMONTH. *British Medical Journal*, 12 gennaio 1935).

Il dolore è in molte malattie il sintoma prevalente, ed è talvolta così intenso da riuscire del tutto invalidante e da rendere intollerabile l'esistenza.

La capacità di sopportare il dolore varia da individuo a individuo: lo stesso dolore che è agonizzante per uno, è tollerato da un altro. Pertanto per giudicare l'intensità di un dolore non si può fare affidamento esclusivamente sulle alterazioni e sulle espressioni mimiche del paziente. In ogni caso bisogna rendersi conto della sua mentalità in relazione alla sua capacità a tollerare il dolore.

Dal punto di vista clinico i dolori possono essere così classificati: 1) Dolori da causa che può essere riconosciuta e curata chirurgicamente come ad esempio il dolore dipendente da perforazione di ulcera gastrica o duodenale. 2) Dolori la cui causa può essere riconosciuta ma non curata, come ad esempio i dolori da cancro inoperabile. 3) Dolori con etiologia ignota, che possono o non essere eliminati con mezzi chirurgici, come ad esempio i dolori da nevralgia del trigemino e della faccia non legati al trigemino.

Le fibre nervose destinate a condurre la sensibilità dolorifica dei tessuti del corpo sono contenute nei tronchi nervosi sensitivi o misti, passano quindi ai plessi e si distribuiscono al midollo spinale attraverso le radici posteriori. Non appena giunte nella sostanza grigia le fibre dolorifiche si distribuiscono alle cellule gangliari, donde partono altre fibre che s'incrociano rapidamente con quelle del lato opposto prendendo quindi posto nel cordone antero laterale del midollo. Le fibre stesse si dispongono in strati ciascuno dei quali corrisponde ad un segmento midollare ed in modo che le fibre dei segmenti inferiori sono gradatamente spinte all'infuori da quelle provenienti dai segmenti superiori: così che nella sezione toracica del midollo le fibre dei bassi segmenti sacrali affiorano quasi alla superficie del cordone antero-laterale del midollo.

Oltre a ciò le fibre simpatiche periarteriose trasmettono al midollo sensazioni dolorose di tipo oscuro.

Le fibre sensitive dolorifiche dei visceri si dirigono ad uno dei tre sistemi splancnici-cervicale, toracico, pelvico, o ai nervi pelvici parasimpatici derivanti dal secondo al quarto segmento sacrale. Dai sistemi splancnici si dirigono alle catene simpatiche paravertebrali, e di qui a mezzo dei rami comunicanti raggiungono i nervi midollari, ed infine entrano nel midollo attraverso le radici posteriori. Esse raggiungono il cervello non a mezzo di fibre lunghe, ma interrompendosi varie volte lungo il midollo spinale: ne risulta una serie di fibre brevi disposte sempre nei cordoni antero-laterali ma addossate alla sostanza grigia.

La sezione di un nervo sensitivo o misto provoca una zona di anestesia sempre più ristretta dell'area di distribuzione del nervo stesso; ciò è in dipendenza di sovrapposizione ed interferenze di funzione dei nervi vicini. Il fenomeno è più spiccato per la sensibilità dolorifica, in quanto le zone di analgesia risultano sempre più piccole delle corrispondenti zone di anestesia tattile. Il fatto ha per il chirurgo notevole importanza perchè se egli desidera abolire un dolore mediante la sezione del nervo, deve cer-

care di rispettare tutti quei rami che si distribuiscono alle zone vicine.

La chirurgia analgesica mediante la sezione delle radici posteriori presenta serii inconvenienti, perchè nell'area corrispondente si determina insieme con l'abolizione di ogni forma di sensibilità anche l'atassia e l'atonia muscolare. D'altra parte le difficoltà tecniche sono molte e può capitare di scambiare un filamento per l'altro. Si spiega così come in operazioni del genere si sia verificato che dopo una breve cessazione il dolore sia poi ricomparso. Questo fenomeno è stato anche spiegato ammettendo che le fibre nervose periferiche si riorganizzino prendendo contatto con le fibre simpatiche locali attraverso le quali gli stimoli dolorosi raggiungono di nuovo il midollo.

Come si è visto le fibre della sensibilità dolorifica sono concentrate nel cordone antero-laterale. La sezione di questa parte, cordotomia, determina l'abolizione della sensibilità dolorifica e termica in un territorio che naturalmente varia con la profondità della sezione: a parità del tratto del midollo sul quale si opera il livello dell'analgesia è tanto più alto quanto più profonda è la sezione. La zona di analgesia che segue immediatamente all'operazione può non persistere, forse in relazione al fatto che l'edema e l'emorragia aumentano gli effetti della sezione: parecchie fibre sono interrotte funzionalmente ma non anatomicamente, e riprendono gradatamente la loro conducibilità e quindi il dolore ritorna.

Talvolta la sezione unilaterale del cordone anterolaterale non elimina il dolore dell'organo leso anche quando si tratta di organo pari (rene, testicolo ecc.).

Nelle crisi gastriche tabetiche si può avere la cessazione del dolore anche a seguito della cordotomia unilaterale, mentre in alcuni casi anche quella bilaterale rimane inefficace.

In relazione ai fatti su esposti prima di decidere l'intervento operatorio per la eliminazione di fenomeni dolorosi conviene precisare: 1° se la lesione organica e il dolore da essa prodotto sono localizzate nello stesso lato; 2° se la zona dolorosa è più estesa della lesione locale, come ad esempio nel cancro del retto che può invadere i nervi del plesso sacrale: in tali casi, è ovvio, l'operazione non può essere limitata solo alle parti nervose che si distribuiscono alla lesione; 3° se si tratta di un dolore diretto o riferito. Ad esempio nelle affezioni cardiache si possono avere dolori riferiti al mascellare inferiore: se, in tali casi, si procedesse alla lesione della radice posteriore del trigemino per alleviare il dolore gli effetti sarebbero disastrosi.

Vi sono infine alcune algie, a tipo urente, che non risentono alcun beneficio dalla sezione delle corrispondenti fibre nervose. Si tratta di simpaticalgie, che vengono trasmesse per vie diverse da quelle ordinarie.

Vi sono alcune affezioni, come ad esempio il cancro inoperabile, nelle quali è difficile scegliere il metodo migliore per eliminare il dolore: gli oppiacei o la denervazione. Ambedue presentano inconvenienti e rischi. L'uso degli oppiacei determina a lungo andare effetti disastrosi sulle condizioni sia organiche che mentali del paziente, mentre l'operazione importa il rischio di abbreviare la vita. Al riguardo non si possono dare norme generali, la decisione può prendersi solo caso per caso.

***

Gli interventi chirurgici per eliminare i dolori somatici possono eseguirsi su i nervi periferici, midollari e cranici, sulle radici posteriori, su i cordoni antero-laterali del midollo.

I nervi periferici possono essere interrotti mediante la sezione, la cauterizzazione o l'iniezione di sostanze chimiche, come l'alcool e la formalina. Il metodo ha applicazioni limitate. È stato adoperato con scarsa efficacia nelle algie dei monconi di amputazione. Può essere tentato allo scopo di evitare l'amputazione nelle ulceri dolorose del piede da arterite obliterante. In relazione alla sede dell'ulcera si seziona il tibiale posteriore, il tibiale anteriore, i rami cutanei del muscolo-cutaneo, il safeno interno e esterno.

La sezione intracranica del glosso-faringeo è molto utile nella cura della neuralgia glosso-faringea. Si aggredisce il nervo attraverso la fossa posteriore del cranio. La sezione del nervo non dà paralisi motorie e la perdita della sensibilità non dà notevoli disturbi.

La sezione delle radici posteriori in questi ultimi anni ha avuto un campo di applicazione sempre più ristretto in relazione ai notevoli disturbi motori che esso provoca e dell'alta mortalità operatoria.

Essa è stata ed è molto adoperata solo nella cura della nevralgia del trigemino. La sezione della radice posteriore del trigemino si è dimostrata sempre preferibile all'alcoolizzazione del nervo e del ganglio di Gasser.

La sezione del cordone antero-laterale è indicata nei dolori dovuti a: 1) cancri inoperabili che premono o infiltrano tronchi nervosi specie cancri della pelvi; 2) ingrossamenti ossei (spondilite) o artriti (coxite) che esercitano pressioni su nervi; 3) neuriti periferiche incurabili o neuriti della cauda equina; 4) monconi d'amputazione degli arti inferiori.

L'operazione va praticata a livello del quinto segmento dorsale ed eccezionalmente più in alto. Si deve aver cura di rispettare il fascio piramidale incrociato, che è situato più profondamente e dietro il fascio della sensibilità dolorifica e termica. Si mette il midollo allo scoperto procedendo alla laminectomia di due vertebre, di solito la 3ª e 4ª dorsale, quindi si fa la leggera incisione.

Occorre la cordotomia bilaterale quando il dolore è bilaterale o è a tipo viscerale.

Quando la cordotomia è ben fatta non si hanno disturbi motori e degli sfinteri. Il rischio dell'operazione non è forte quando le condizio-

ni generali del paziente non sono gravi. Essa deve essere comunque tentata quando non vi sono speranze di guarigione e le sofferenze sono intollerabili.

Per eliminare le crisi dolorose dell'angina pectoris sono stati proposti varî procedimenti chirurgici che in pratica si sono rivelati estremamente rischiosi. Il metodo più conveniente è quello di bloccare le fibre afferenti cardiache fuori del rachide con iniezioni di alcool dentro e intorno il quinto ganglio toracico della catena simpatica del lato sinistro.

La prima zona di concentrazione delle fibre simpatiche degli organi pelvici è convenientemente attaccabile. Nel nervo presacrale di fronte alla quinta vertebra lombare passano le fibre provenienti dalla vescica, dal retto e di alcuni organi genitali interni. La sezione di questo nervo elimina il dolore senza serie conseguenze: nell'uomo si determina la sterilità ma non l'impotenza.

L'operazione è stata praticata in alcuni casi di cistite incurabile e come cura palliativa di tumori inoperabili della vescica, nonchè in alcuni casi di dismenorrea con gravi dolori colici. È probabile che l'esito analgesico più che alla sezione di fibre conducenti la sensibilità dolorifica dipenda dall'interruzione di fibre vasomotorie con la conseguente riduzione di fatti congestizi, e nel caso di coliche uterine dall'interruzione di fibre della musculatura dell'utero con la conseguente riduzione degli spasmi colici. DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(H. BRAEUNING. *Lungentuberkulose u. Schwangerschaft*, editore G. Thieme, Lipsia, 1935. M. o. 24 pag. 276 con 391 curve e figure.

È un volume di ricchissima obiettiva documentazione clinica su un tema sempre appassionante come quello della tubercolosi polmonare in gravidanza, specialmente con gli orientamenti conservatori che predominano da qualche anno.

È una trattazione esauriente, moderna, serena; le conclusioni che « il problema non è ancora risolto » dimostra la prudenza dell'A., la quale si afferma anche dove egli giudica sempre difficilissima la decisione sul contegno ostetrico da tenere. Chi si vuole approfondire nell'argomento non può trascurare questo sostanziale contributo di Braeuning. *p. g.*

G. LISI. *La tubercolosi linfo-ghiandolare nella seconda infanzia*. Un vol. in-16°, di 190 pagg. Editrice Latina, Napoli e presso l'A. (V. Tito Angelici al Vomero, n. 8). Prezzo L. 12.

Non è certamente il caso di insistere sulla importanza del problema trattato dall'A. nella presente monografia, che però non è strettamente limitata alla forma linfo-ghiandolare, ma si diffonde anche nel campo generico della tubercolosi.

L'A. dà alcuni cenni di anatomia, fisiologia e semeiotica dell'apparato linfo-ghiandolare, occupandosi poi dei vari problemi connessi con la tubercolosi (costituzione, fattori ormonali, allergia, ecc.). Studia in seguito le singole localizzazioni delle forme linfo-ghiandolari, trattandone la diagnosi, terapia, profilassi, assistenza.

Un'ampia bibliografia accompagna il lavoro, che ha vinto, nel 1932, il concorso bandito dalla Fed. it. naz. fasc. per la lotta contro la tubercolosi. *fil.*

FR. WOLTER. *Das Tuberkulose-Rätsel von Pesterzsébet und seine Lösung von epidemiologischen Standpunkt*. In-8°, di 31 pagg. G. Thieme, Leipzig, 1934. Prezzo RM. 2.

Dal 1925 si è manifestata nel territorio di Pesterzsébet, un sobborgo di Budapest, una notevole retrocessione nella mortalità per tubercolosi, che da qualcuno è stata attribuita all'uso del vaccino Friedmann. L'A., sulla scorta di numerosi dati e di elaborazioni statistiche, dimostra che anzitutto la diminuzione della mortalità per tubercolosi si era già iniziata, ed in proporzioni anche maggiori fin dal 1920, cioè 5 anni prima che si usasse il vaccino Friedmann e che, del resto, tale diminuzione fa parte del fenomeno ben più generale della diminuzione che si osserva in gran parte del mondo e che probabilmente è connessa con fattori climatici e tellurici. *fil.*

ANTONINO CASELLI. *La via endotracheale nella terapia e nella diagnostica dell'apparato respiratorio*. Padova, 1934.

Rivista sintetica compilata nella Scuola di perfezionamento nelle malattie dell'apparato respiratorio di Padova, annessa alla Clinica Medica Generale.

Dopo cenni storici viene riferito sull'uso della iniezione endotracheale a scopo terapeutico, di poi sull'uso di essa a scopo diagnostico. Vengono messe in evidenza indicazioni e controindicazioni. MONTELEONE.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 7 dicembre 1934.

Presidente: prof. MARIO TRUFFI.

Una rara sindrome alterna bulbare.

Prof. E. PESERICO. — L'O. presenta un soggetto di 41 anni, che ha contratto infezione luetica a 22 anni, il quale presenta anestesia termo-dolorifica alterna, metà destra della faccia e metà sinistra del tronco; sindrome oculo-simpatica paralitica destra; emisindrome cerebellare destra; paralisi laringo-faringo-velo palatina destra. Si tratta di una sindrome alterna bulbare nota come sindrome di Wallemberg. La lesione anatomica è un focolaio di meningo-bulbite alla regione bulbare posteriore retrolivare destra.

Il fattore emolitico nell'anemia splenica infantile.

G. FRONTALI. — L'O. riferisce sopra 11 casi di anemia splenica od anemia pseudoleucemica infantile (sec. v. Iaksch-Luzet) in bambini dai 6 mesi ai 5 anni di vita (escludendo le forme connesse con malaria, lue congenita ed altre infezioni note). In tutti l'affezione, iniziatasi subdolamente fra il 6° e il 12° mese di vita con pallore cereo (tinta giallognola delle sclere) ed epato-splenomegalia, si associava ad alterazioni scheletriche di tipo rachitico (cranio talvolta natiforme). Accanto alle ben note caratteristiche del quadro ematologico (riduzione dei globuli rossi, riduzione dell'emoglobina, valore globulare inferiore all'unità, numero di globuli bianchi aumentato) spiccava una più o meno notevole eritroblastosi con ben evidente microcitosi. Il ricambio emoglobinico rivelava una evidente iperemolisi: iperbilinia fecale, urobilinuria, bilirubinemia aumentata (reazione di v. den Bergh indiretta positiva). Di fronte a quest'ultimo reperto era importante il comportamento della resistenza globulare, che secondo il metodo di Hamburger risultò normale: minima fra 0,40 e 0,45, massima fra 0,30 e 0,20.

In queste condizioni si trovava anche un bambino il cui fratello maggiore era morto per un'emopatia analoga, e tale da ricordare l'ittero emolitico familiare.

L'O. tende a dar valore ad un fattore emolitico nella genesi di particolari forme di anemia splenica, anche se nei casi studiati la resistenza globulare non si presenta diminuita.

A tale scopo appare interessante l'abbinamento di questa con la comunicazione seguente.

Ittero emorragico familiare con eritoblastosi e con resistenza globulare aumentata.

G. FRONTALI e F. RASI. — Vengono presentati due fratelli (di 7 1/2 e di 9 anni), nei quali esiste pallore fino dal 1° anno e, nel maggiore, dal 3° anno in poi, lieve ittero, che si esacerba in rapporto con malattie infettive intercorrenti. Entrambi presentano epato-splenomegalia, oligocitemia, oligocromemia, valore globulare inferiore all'unità, eritroblastosi spiccata ed evidente microcitosi.

Entrambi inoltre presentano: bilirubinemia aumentata, urobilinuria, iperbilinia fecale. In complesso il ricambio emoglobinico, esattamente determinato col metodo di Terwen-Greppi, è risultato notevolmente aumentato, indicando un'iperemolisi assoluta.

La resistenza globulare è risultata per entrambi decisamente aumentata: min. 0,47, mass. 0,05.

Partendo dall'ipotesi che la massa globulare circolante subisca costantemente un'influenza emolitica, la quale elimini le emazie meno resistenti, selezionando così globuli rossi di particolare resistenza, si è provata la resistenza dei globuli rossi, dei due malati di fronte a diluizioni progressive di plasma di soggetti sani appartenenti allo stesso gruppo sanguigno e reciprocamente la resistenza dei globuli rossi di questi controlli sani verso diluizioni del plasma dei due malati. Così si è potuto mettere in evidenza una resistenza dei globuli rossi sani a contatto col plasma dei malati evidentemente ridotta, come se il plasma di questi ultimi favorisse l'emolisi totale od esercitasse un'azione aggressiva più evidente sui globuli rossi di soggetti sani.

Volendo stabilire in quale parte del plasma si trovasse l'eventuale sostanza o l'agente favorente l'emolisi, si è potuto assodare che l'ultrafiltrato (attraverso membrana di collodione acetico secondo Bechhold) contenente i cristalloidi del plasma, riportato al volume e alla concentrazione jonica iniziale, conserva l'influenza emolizzante; mentre questa non si ritrova nella parte colloidale, rimasta sopra il filtro, egualmente trattata.

Le conclusioni che si ricavano da questa indagine sono le seguenti:

1) l'anemia splenica infantile con iperemolisi, eritroblastosi e microcitosi può per gradi insensibili assumere le caratteristiche dell'ittero emolitico familiare della varietà caratterizzata da microcitosi e da resistenza globulare normale od aumentata;

2) l'aumentata resistenza globulare riscontrata nei due casi riferiti può essere la conseguenza di un'influenza emolizzante esplicata dal plasma sulle emazie meno resistenti;

3) il plasma dei due malati si comporta come se favorisse l'emolisi totale dei globuli rossi di soggetti sani appartenenti al medesimo gruppo sanguigno;

4) la sostanza o l'agente emolizzante in questione sembra trovarsi nella parte ultrafiltrabile del plasma;

5) rimane aperto il problema se le emazie di piccolo diametro siano più resistenti alle influenze emolitiche studiate.

Atrofia ottica tabetica ed emianopsia binasale.

G. B. BELLONI e L. ZOLDAN. — Gli OO., che già ebbero a dimostrare un caso simile al Congresso della Società di Oftalmologia del 1932, presentano un soggetto di 34 anni con emianopsia binasale e con segni di atrofia ottica, nel quale l'esame nevrologico dimostrò l'esistenza di una tabe dorsale, mentre le ricerche sierologiche rivelarono una lue ignorata. Il caso è il 13° descritto nella letteratura.

Dal punto di vista nevrologico viene segnalato un reperto liquorale insolito, con dissociazione globulino-citologica e reazioni colloidali negative.

Un riscontrato aumento della pressione del liquor consiglia gli OO. ad acennare alla teoria di Walker e Cushing sulla genesi della emianopsia binasale per idrope del III ventricolo, per concludere che essa non si adatta al caso attuale.

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 20 dicembre 1934 - XIII.

Presidente: Prof. Sen. D. GIORDANO.

Ganglioneuroma voluminoso (Kgr. 2,500) a sede pararenale

Prof. FORNI. — Riferisce un caso di tumore retroperitoneale in una ragazza di 19 anni. La diagnosi corredata dagli esami radiologici e urologici, cromocistoscopia e cateterismo ureterale fu di neoplasma retroperitoneale. L'intervento consistette nella asportazione del tumore, attraverso ad una breccia lombare destra lunga cm. 30 riuscì difficile sia per la mancanza di un piano di clivaggio, sia per la intensa emorragia venosa, sia infine per aderenze con la vena cava, decorrente in un solco scavato nel tumore medesimo: in due punti la cava si dovette suturare essendosi prodotte lacerazioni nella parete di questa durante l'ablazione del tumore. Il neoplasma asportato pesava Kgr. 2,500, ovoide, aveva consistenza compatta, dura e colorito giallastro; ad esso era accollata la surrenale schiacciata e ridotta a piccole striscie di parenchima di colore giallo-zolfo. L'esame istologico dimostrò trattarsi di un fibroneurinoma benigno di probabile origine simpatica. Il decorso postoperatorio fu grave nei primi giorni, l'ammalata però guarì perfettamente.

Il caso presenta interesse sia dal punto anatomopatologico, per la sua rarità, che da quello clinico per la sua sede, per il volume, per la distruzione di una capsula surrenale e per la ectopia renale che da esso veniva ad essere determinata.

Riguardo alla prognosi si deve osservare che è in rapporto alla varietà anatomo-patologica del neoplasma.

Discussione: Il prof. FABRIS descrive le particolarità istologiche del tumore che era estremamente scarso di cellule e molto ricco invece di fibre, il che sta a deporre per la sua scarsa malignità. Il caso del resto ha un particolare interesse per le incertezze nella classificazione anatomo-istologica che ancora esistono in questo capitolo.

Prof. GIORDANO. — Ricorda un caso analogo, il quale però riguardava una donna di 35 anni. Il tumore pararenale asportato pesava Kgr. 3,800 ed era veramente enorme: anche in questo l'esame istologico praticato dal prof. Fabris permisero di ascriverlo nella classe dei tumori di origine nervosa simpatica, poichè trattavasi di un paraganglioma; tale tumore però ha un carattere di spiccata malignità ed infatti nel caso in parola si ebbe a distanza di circa sei mesi una recidiva locale che venne asportata dal prof. Ciceri, ed all'autopsia della donna morta a distanza di tempo da questo secondo intervento si trovò ancora del tessuto blastomatoso riprodottosi nella stessa sede del tumore primitivo.

La fenestrazione della capsula nell'idrarto cronico del ginocchio.

Dott. MOCCIA. — L'O. riferisce i buoni risultati ottenuti colla fenestrazione della capsula in due casi di versamento ostinatamente recidivante, malgrado ripetute paracentesi dell'articolazione del ginocchio. L'operazione consiste nell'asportare un pezzo di capsula e nel fissare i margini di essa al vasto mediale realizzando così un drenaggio linfatico per gli spazi intermuscolari. L'intervento sarebbe ancora poco noto in Italia.

Discussione: il prof. GIORDANO fa notare che si tratta in definitiva di una applicazione al ginocchio dell'operazione del Fiorani per l'idrocele.

Il dott. MOCCIA presenta i casi operati e fa rilevare le condizioni del ginocchio trattato col metodo descritto.

Le variazioni postoperatorie del tasso creatinico ematico ed orinario.

Dott. GABRIELLI. — Dopo un intervento chirurgico si verifica, a quanto l'O. potè constatare, un aumento della creatinidemia indipendentemente dalla anestesia usata. Tale aumento che è modico e di breve durata dopo le appendicectomie è più cospicuo dopo gastroenterostomie o colecistectomie, è pure notevole nelle operazioni gravi eseguite sul rene il che sta ad indicare una ritenzione renale di creatinina nel periodo postoperatorio, verosimilmente in rapporto alla lisi tissulare, alle elevazioni termiche ed alla funzionalità renale.

Discussione: Il prof. FABRIS chiede se sia stato preso in esame qualche caso in cui vi siano stati fenomeni di shoch.

GABRIELLI risponde di non avere esperienza personale in proposito.

DALLA TORRE ricorda che il valore prognostico della creatininemia venne ampiamente studiato nelle forme renali in cui soltanto può avere importanza e particolarmente tale determinazione avrebbe valore nelle forme croniche, in cui si ha un aumento della creatininemia prima ancora che dall'urea, ma non nelle nefriti acute.

Doppia ulcera carcinomatosa dello stomaco a sede antrale e pilorica in un un uomo di trent'anni.

Dott. COTTIN. — Il caso riferito dall'O. in cui l'esame istologico dimostrò la degenerazione carcinomatosa di due ulceri a sede antrale e pilorica, ha un particolare interesse per la sua rarità essendo circa 50 i casi pubblicati. L'O. fa notare inoltre alcune particolarità diagnostiche e prognostiche.

Discussione: Il prof. FORNI fa osservare alcune particolarità radiologiche del caso riferito, e richiama l'attenzione sulla frequenza con cui ha potuto osservare nei suoi operati ulceri multiple gastroduodenali.

Il prof. FABRIS conferma la possibilità che esistano ulceri multiple dello stomaco e del duodeno.

Cistoma del mesocolon sinistro (Kgr. 220) da appendice epiploica?

Dott. BÖHM. — L'O descrive un voluminoso cistoma il quale era connesso con un largo peduncolo alla faccia anteriore del colon trasverso: all'esame istologico il tumore appariva costituito da cavità rivestite da endotelio e contenenti un liquido con i caratteri della linfa. Per tali ragioni l'O. ammette che il tumore sia originato dalla rete linfatica sottosierosa del colon, in seguito a fatti di ritenzione e che una delle appendici epiploiche sia stata inglobata dal tessuto neoformato.

Su di un caso di papilloma dell'uretere con concomitante occlusione dell'uretere sinistro da calcolosi.

Dott. NAZARI — Il caso descritto riguarda un soggetto di 78 anni in cui l'autopsia mise in evidenza a destra, un papilloma ureterale, istologicamente benigno, a sinistra un calcolo incuneato nella papilla vescicale. L'O. fa rilevare la rarità delle lesioni così associate e commenta la scarsa sintomatologia clinica del caso riferito.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'anemia.

Wintrobe (*Arch. int. Med.*, vol. 54, agosto 1934) ha proposto, basandosi sul volume degli eritrociti e sul loro contenuto in emoglobina, una classificazione delle anemie in quattro grandi gruppi: anemia monocitica, normocitica, microcitica normale e microcita ipocromica.

La prima forma è propria dell'anemia perniciosa, di altri stati morbosi associati a glossite e diarrea (sprue non tropicale, pellagra), di certe disfunzioni del midollo osseo (tumori, mielomi), delle perdite acute di sangue, degli stati di disfunzione epatica e della gravidanza; si ritrova inoltre in casi diversi da lui osservati come in un caso di cancro dello stomaco, in uno di lues, uno di Addison, uno di uremia.

La seconda forma (a. normocitica) si riscontra nelle distruzioni acute del sangue (per es. da malaria), perdite acute di sangue, anemie aplastiche, leucemie, nelle malattie infiammatorie, in quelle croniche non infiammatorie, nella nefrite e, talora, nella gravidanza.

La terza (a. semplice microcitica) si osserva in certe forme morbose di natura infiammatoria o no.

L'ultima (a. microcitica ipocromica) è propria delle perdite croniche di sangue, ma si trova anche in casi singoli isolati, dovuti per esempio a dieta insufficiente o a infezioni parassitarie (vermi).

Nel commento che segue alla sua classificazione l'A. dimostra come sia in tal modo possibile distinguere nettamente le forme di anemia che si giovano della epatoterapia da quelle in cui è più efficace la cura del ferro.

L'anemia macrocitica (aumento del volume e del contenuto in Hb delle emazie) si giova del fegato; quella normocitica, nè del fegato nè del ferro, e va curata con l'allontanamento (se possibile) della causa che l'ha prodotta e la mantiene; l'a. microcitica ipocromica (diminuzione del volume e del contenuto in Hb delle emazie) si giova enormemente del ferro.

Tuttavia questa distinzione sarà utile solo quando la misurazione della emoglobina e il giudizio del volume delle emazie siano fatte con scrupolosa esattezza. V. SERRA.

Alcuni caratteri citologici e sierologici della mononucleosi infettiva.

Stuart, Burgess, Lawson, Wellman (*Arch. int. Med.*, vol. 54, agosto 1934) studiano l'aspetto morfologico della « febbre glandolare »; giungendo alla conclusione che la cellula che caratterizza il periodo di acme della malattia ha tutto l'aspetto di un linfocita immaturo; tale essa appare anche con i metodi di colorazione sopravitale.

È possibile notare anche segni di amitosi leucocitaria, così come si osserva nel sangue delle leucemie linfatiche.

In quanto al potere agglutinante del siero di questi soggetti di fronte alle emazie di Pecora, gli AA. hanno osservato alcune deviazioni dalla norma che non autorizzano però, secondo loro, una vera e propria interpretazione diagnostica. V. SERRA.

La reazione xantoproteica e l'indacanemia nelle tossicosi gravidiche.

A. La Delfa (*Clinica ostetrica*, nov. 1934) osserva che i valori alti di indacanemia sono indice della gravità di alterazione della funzione renale, divenuta insufficiente per l'eliminazione dell'indacano che si ritrova, quindi, nel sangue in quantità maggiori; invece, dei valori inferiori indicano un disturbo nel processo di coniugazione da parte del fegato.

Una reazione xanto-proteica d'intensità più o meno elevata rispetto alla normale sta alla base di una disfunzione del fegato, che risponde in modo insufficiente nei suoi processi di ossidazione e di coniugazione. Nei casi osservati dall'A., con reazione xanto-proteica di grado elevato, il fegato alla prova di aminoaciduria provocata, ha sempre risposto con insufficienza del processo di deamminazione degli aminoacidi.

Un valore pronostico molto buono e molto attendibile è dato dai risultati entro i limiti normali della reazione xanto-proteica e dell'indacanemia; nei casi dell'A., a tale fatto corrispose una prognosi fausta, anche quando l'entità della sindrome clinica e del reperto renale parlavano per una particolare gravità del processo tossico. *fil.*

Il trattamento dei vomiti della gravidanza.

Secondo R. Leven (*Journ. des praticiens*, 15 dic. 1934) sotto la influenza di modificazioni umorali ed endocrine, il plesso solare s'irrita e provoca la comparsa od esagera una dispepsia anteriore. In altri casi, l'eccitazione del vago provoca l'aerofagia, facilitata da uno stato spastico del tratto esofago-gastrico; oppure la gravidanza provoca delle modificazioni del tessuto elastico, che determina od esagera delle ptosi e si ha una forma dispeptica con dilatazione atonica dello stomaco. Tutte queste forme possono combinarsi.

Il trattamento va essenzialmente indirizzato all'irritazione del plesso solare (riposo in letto, regime alimentare calmanti del sistema nervoso) e lottare anche contro l'aerofagia e le ptosi.

Il riposo in letto è indispensabile. Il regime

alimentare comprende i 3 primi giorni a dieta liquida (il 1°, 1500 cmc. di infusi; il 2°, la stessa quantità di infuso mescolato a parti uguali con latte; il 3°, latte). Al 4° giorno incomincia l'alimentazione solida, da cui si elimina il pane, che si sostituisce con dei biscotti.

Come medicamenti, si prescrive il gardenal, dapprima per suppositori (a 10 cg.) o per iniezioni, poi per bocca, usando le compresse da 10 cg. di cui se ne somministra la metà, prima dei 3 pasti e prima di addormentarsi (in totale 10 cg.). Utile è l'associarvi i clisteri di bromuro di sodio (3 g. in 100 di acqua) od in pozione (20 g. in 300 di acqua distillata; un cucchiaio ai due pasti principali).

Per l'aerofagia, si combatterà anzitutto la scialorrea, con la nota pozione di:

Carbonato di bismuto	g.	10
Gomma arabica	g.	20
Acqua dist. e ster.	g.	300

3-5 cucchiai nelle 24 ore; in seguito, dose descrescente.

Per utilizzare l'evacuazione dei gas, utilizzare la manovra consigliata da Leven, del soffiamento della candela.

Contro la dilatazione gastrica, si solleverà lo stomaco mediante una fascia di *crêpe*, dell'altezza di 30 cm.

Nei primi giorni, i vomiti persistono, pure diminuendo progressivamente. Si dirà alla malata di fare ogni sforzo per evitarli, poichè il vomito chiama il vomito.

Per impedire la disidratazione e l'inanizione, è consigliabile la somministrazione, ogni 2-3 giorni, di un clistere con un bicchiere di acqua e mezzo di latte.

Il trattamento va iniziato alla prima comparsa dei fenomeni e continuato ed attuato con ogni cura. *fil.*

Il trattamento dell'aborto.

E. Fronticelli (*Clinica ostetrica*, dic. 1934) dà alcuni consigli pratici sulla terapia dell'aborto.

La presenza di emorragia vaginale in una gravida di 1-5 mesi non indica sempre l'aborto; il sangue può venire da abrasioni della vagina o della portio, da varici, da tentativi criminosi di aborto; è quindi sempre necessario assodare che il sangue provenga dall'utero.

Il trattamento, poi, varia a seconda dell'entità della perdita, dello stato del collo, della posizione dell'utero, dell'eventuale temperatura febbrile.

Una modica emorragia, senza sensibili contrazioni uterine a collo chiuso e senza febbre, indica completa astensione. Riposo, trattamento antiemorragico (coaguleno, zimema, calcio), e sedativo (oppiacei); se la perdita è cospicua, è utile l'applicazione di ghiaccio sull'ipogastrio.

In caso di retroversione, effettuare la riduzione anteriore.

Se la perdita è abbondante, e con collo chiuso e senza temperatura, aggiungere al detto trattamento il tamponamento vaginale fatto con ogni scrupolo di asepsi. Dopo 24 ore, l'emorragia può essere cessata senza segno di travaglio abortivo, oppure il collo si è dilatato in modo da permettere l'estrazione dell'uovo.

La dilatazione artificiale del collo è generalmente inutile; può invece diventare necessaria quando, espulso l'embrione, vi sia ritenzione degli annessi.

La buona pervietà del collo, tale da lasciare introdurre comodamente il dito, è la migliore garanzia per lo svuotamento completo dell'utero. Lo svuotamento digitale è vivamente consigliato dall'A. come quello che opera meglio senza determinare traumatismi dannosi. Indispensabile è una buona contropressione addominale, mentre il dito operante — l'A. consiglia il medio — deve altresì mantenere l'utero in anteversione; l'indice trova posto nel Douglas ed aiuta a mantenere il corpo uterino anteverso.

Il medio deve penetrare fino in fondo alla cavità e agli angoli tubarici; staccato l'uovo ed i frammenti ritenuti, si procede alla loro estrazione con la pinza d'aborto.

In qualche caso (eccessivo adipe, involontaria tensione delle pareti addominali, retroversione) può essere necessaria la narcosi.

Lo svuotamento digitale non può farsi nell'aborto di poche settimane, specialmente se si tratta di utero ipoplasico. In tali casi, se nulla urge e la temperatura è normale, si useranno con vantaggio le laminarie, che agiscono dilatando ed attenuando la durezza del collo, sì da facilitare poi l'introduzione dei dilatatori di Hegar. Si scelgano laminarie tubulari conservate immerse in soluzione antisettica in fiale chiuse alla lampada; evitare i bastoncini voluminosi e preferire i fasci di laminarie sottili che, dopo il rigonfiamento, si possono estrarre facilmente.

Nel caso di espulsione spontanea di un uovo di 2-3 mesi, *grosso modo* integro, bisogna fare molta attenzione alla facile ritenzione della decidua uterina, che determina persistenti emorragie, cattiva involuzione e poi tutto il quadro delle endometriti deciduali; nel dubbio, si praticherà una detersione della cavità uterina, spazzolandola con un tampone imbevuto di alcool jodato; manovra innocua, che abbrevia e regolarizza il puerperio postabortivo.

Se l'emostasi è buona e l'utero contratto, disinfettato l'endometrio con tintura di jodio, ogni altra manualità è superflua. Se persiste emorragia e l'utero è flaccido, si tamponerà con garza al vioformio od allo jodoformio, stipandola discretamente e servendosi di un tamponatore di Carrel. La presenza del materiale stimola le contrazioni uterine ed i frustoli ovulari aderiscono alla garza e con essa sono facilmente estratti dopo 23 ore.

L'A. si occupa in seguito dell'aborto febbri-

le, per cui consiglia nei casi nettamente settici l'attesa; se esiste forte reazione peritoneale, è consigliabile l'immediato drenaggio *per abdomen*, anche senza svuotare preliminarmente l'utero. *fil.*

Nell'aborto abituale.

G. Schwarz (*Z. Blatt f. Gynäk*, 1934, n. 30) osserva che vi sono parecchi casi in cui sfugge la causa dell'aborto abituale. Le donne con utero molto sensibile in cui l'aborto si ha nei primi mesi e quelle in cui la prima gravidanza si ha ad una certa età e l'aborto si manifesta una o due volte non vanno contate fra le donne ad aborto abituale.

Per prevenire l'aborto abituale, l'A. consiglia anzitutto la somministrazione di medicamenti, come ferro, calcio, abbondanti vitamine e soprattutto lo jodio (soluzione di joduro di potassio). Utile è il corpo luteo, per bocca o, meglio, per iniezione.

L'A. raccomanda, anche se non vi è sospetto di lues, le iniezioni endovenose di neosalvarsan (dose consueta di 30-45 cg.) sostenuto anche dal bismuto. Le iniezioni si fanno a distanza di tempo maggiore che nel consueto trattamento della lues, si iniziano al più presto e si continuano fino a poco prima del parto. *fil.*

Risultati pratici della endocrinologia ginecologica.

Nel campo degli ormoni femminili le nostre cognizioni sono molto cambiate negli ultimi anni: si parlava prima di un solo ormone sessuale femminile, oggi se ne distinguono parecchi e se ne giudica la attività a seconda della azione sull'estro, sullo stato di nutrizione, sullo sviluppo degli organi sessuali, sulla mammella, sulla cinesi dell'utero, ecc. Si è riconosciuto inoltre che per ottenere gli effetti desiderati sono necessarie delle dosi di ormoni molto maggiori di quanto un tempo si riteneva. Nonostante questi progressi prevalentemente teorici, i risultati che si ottengono con la opoterapia sessuale in ginecologia sono ancora molto incerti, secondo quanto sostiene Bucura (*Medizin. Klinik*. n. 49, 1934). Non è ben chiara la ragione dell'evidente contrasto tra le acquisizioni nel campo teorico e la applicazione pratica di queste, in terapia. È probabile che i metodi di estrazione degli ormoni siano ancora difettosi; forse non si è ancora nemmeno riusciti a stabilire quale sia il momento più opportuno per la estrazione degli ormoni dagli organi. Le teorie moderne non vengono poi ammesse da tutti, specie per ciò che riguarda la molteplicità degli ormoni: bene sicura è oggi soltanto l'azione dell'ormone follicolare. Non si può negare del tutto l'efficacia della opoterapia sessuale femminile: i risultati positivi non dovrebbero però a opinione dell'A., superare di molto il 20 %.

R. POLLITZER.

La fitoterapia della metropatia emorragica giovanile.

Secondo Aschner, sono utili alcuni rimedî popolari in forma di infusi, come i seguenti: Equisetum, Polygonum, Capsella bursae pastoris, ana gr. 30. Con un cucchiaio preparare una tazza di tè; da prendere 2-3 volte al giorno.

Oppure:

Equisetum, Millefolium, Centaurea, Radice di sambuco, Rad. di tormentilla, ana gr. 30. Preparare come sopra; 2-3 volte al giorno, un'ora prima dei pasti.

Oppure:

Erodium cicutarium, Urtica dioica, ana g. 50. Preparare come sopra; prendere 2 volte al giorno.

(*Schweiz. med. Wochen.*, 1° dic. 1934).

fil.

SEMEIOTICA.

Sulla diagnosi della cirrosi carcinomatosa (cancrocirrosi).

L. Hess, della scuola di Heppinger (*Wien. Kl. Woch.*, 21 sett. 1934) discute, in base ad un gruppo di osservazioni cliniche e anatomopatologiche, gli elementi che permettono, in vita, di fare o almeno di sospettare la diagnosi di una presenza contemporanea di cirrosi e di cancro del fegato.

Quando esistano epatomegalia, splenomegalia e ittero, si può pensare ad una cirrosi biliare ipertrofica tipo Hanot; ma la presenza costante dell'ascite e l'età avanzata dei malati sono inconciliabili con questa diagnosi.

Lo stesso quadro clinico può essere dato da una lues terziaria; ma le reazioni sierologiche positive, l'efficacia delle cure antiluetiche mancano quando si tratta di una cancrocirrosi, mentre è marcatissima la cachessia, fatto che non si osserva nella lues.

Stanno nettamente per il tumore, la cachessia progressiva, lo straordinario pallore dei malati, e il carattere emorragico dell'ascite che, in molti casi, all'inizio è ancora citrina. Questa trasformazione del liquido endoperitoneale è legato o ad una sovrapposizione flogistica delle pareti addominali o alla fragilità vasale.

Per il fegato, hanno importanza la straordinaria durezza, l'irregolarità di superficie, e la mancanza di spostamento negli atti di respiro; quando si punge l'ascite, se il fegato è piccolo, atrofico, è pur sempre possibile localizzare in un tratto della sua superficie una zona più rilevata, dura, sede di un dolore, acuto o sordo, che manca sempre nelle cirrosi semplici.

Il tumore di milza ha importanza per la diagnosi di cirrosi, dato che esso manca costantemente nel tumore primitivo isolato del fegato.

Caratteristica è anche la rapidità del decorso; è vero che esistono cirrosi ad evoluzione

rapida (cirrosi maligne degli AA. francesi), ma si tratta allora di cirrosi ipertrofiche in cui l'ascite o manca o non ha carattere emorragico.

L'ittero è un epifenomeno che può comparire in un momento qualunque della malattia: i fenomeni emorragici (vomiti ecc.) non mancano quasi mai.

Il dolore epigastrico è un segno incostante, la diazoreazione nelle urine è spesso positiva; la morte avviene in stato di coma.

Il quadro istopatologico è caratterizzato dall'assenza di metastasi, fatta eccezione per i polmoni e il peritoneo.

Il rapido decorso della malattia, il pallore e la cachessia precoci e progressivi, a cui si può aggiungere l'ittero, l'ascite emorragica, il tumore di milza, l'ematenesi e le melene sono i principali elementi della diagnosi.

V. SERRA.

MEDICINA SCIENTIFICA

Il chimismo dell'ulcera gastrica.

Nelle molte ricerche praticate a spiegare la patogenesi dell'ulcera gastrica si è sempre tesa l'attenzione sui fermenti gastroduodenali, tripsina, pepsina, non è però stato esaminato il fermento autolitico, la catepsina.

Tamasue Hiroshi, assistente della Cl. Chirurgica dell'Università Kyushu a Fakuoka (Giappone) ha esaminato il potere autolitico della catepsina sotto le seguenti condizioni: Ph. diverse tensioni di ossigeno e di azoto. Egli ha potuto stabilire come l'autolisi vada aumentando aumentando l'acidità dell'ambiente, come essa venga inibita dall'aumento di ossigeno nell'ambiente, e al contrario favorita da una elevata pressione di N in assenza di O.

In altre parole l'azione autolitica della catepsina viene favorita dalle condizioni ambientali che potremmo definire asfittiche: acidità scarsa tensione di O, alta tensione di N. Su questa base l'A. cerca di spiegare l'insorgenza dell'ulcera gastrica (di cui è chiaro trattarsi di un fatto autolitico) con fatti spastici vasali che provochino una asfissia locale di tessuto.

L'ambiente acido in questo caso è provocato dall'acido lattico che si forma in maggior quantità in tessuti asfittici che in tessuti bene respiranti.

La redazione stessa della rivista (*Dtsch. Z. Chir.* 242-706, 1934) (v. Haberer) richiama la attenzione sull'interesse di questi reperti, pur però diffidando da una loro interpretazione troppo unilaterale.

ALDO CALÒ.

L'iperpolipeptidemia nel corso dell'occlusione intestinale acuta.

È noto che la sindrome umorale dell'occlusione intestinale acuta è un'autointossicazione di origine intestinale (poliglobulia, iperglicemia, azotemia progressiva ed ipocloremia precoce, le quali ultime sono interdipendenti).

Le tossine del contenuto intestinale nascono non solamente nel tratto immediatamente al di sopra della strettura, ma anche nel duodeno. La pressione intra-intestinale aumentata e sopratutto le alterazioni istologiche della parete fanno passare queste tossine nella circolazione generale. Dette sostanze furono provate essere delle proteosi.

Normalmente la parete intestinale appare ostacolo al passaggio delle albumine e dei loro derivati, quali i polipeptidi, nel circolo ematico.

M. Polonowski e J. Drienen (*C. R. Soc. Biol.*, t. CXV, n. 12, 1934, p. 1427) hanno ricercato la quantità presente nel sangue circolante di malati (17) di occlusione intestinale acuta con alterazioni anatomiche varie.

In essi gli AA. hanno potuto dimostrare una iperpolipeptidemia manifesta, la quale sembra strettamente legata allo stato anatomico della parete enterica. Perciò essi credono che l'invasione di polipeptidi nel sangue circolante caratterizzi lo stato tossico delle forme gravi di occlusione intestinale acuta. Si avvicinerebbe tale sindrome umorale a quella delle distruzioni cellulari (istolisi postoperatoria, scottature, radioterapia).

JURA.

NOMENCLATURA

Il nazionalismo nella terminologia medica.

Il prof. Enderlen, di Stoccarda, rileva nella *Münch. Mediz. Woch.* (16 febbraio 1934) che un nazionalismo ad oltranza induce oggi gli studiosi tedeschi ad eliminare dal linguaggio tecnico i termini importati o derivati da lingue straniere, per sostituirli con termini di pretta marca tedesca. Queste « Verdeutschungen » o germanizzazioni creano degli ostacoli non solo agli studiosi di altri Paesi, ma anche agli stessi tedeschi; così egli, in un articolo, ha trovato quattro termini di cui non è riuscito ad afferrare il significato. Sarebbe come se in italiano volessimo tradurre *choc* o *shock* con « urto » o « colpo »; *bistury* o bistori con pistoino (da Pistoia, ove nacque lo strumento italianissimo, ma che nessuno più individuerebbe se designato in italiano); *bruit d'airain* con rumore di bronzo, ecc.

Nello stesso numero, un corrispondente che conosce dieci lingue moderne deplora il moltiplicarsi delle lingue nelle quali si pubblicano i lavori scientifici. Il nazionalismo porta i vari popoli a valorizzare ed usare la propria lingua col risultato frequente di non farsi più capire e di creare dei mondi chiusi. Egli ricorda con rammarico il tempo in cui bastava conoscere la lingua latina.

L. V.

(Da « Ann. d'Ig. », Allegato).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

I. - Quali norme regolano i concorsi singoli comunali?

Il testo unico delle leggi sanitarie 27 luglio 1934, n. 1265, essendo stato pubblicato nella Gazzetta ufficiale del 9 agosto, n. 186, ha vigore dal quindicesimo giorno dopo quello della pubblicazione, cioè dal 25 agosto.

Alcune disposizioni non sono però immediatamente applicabili, essendone condizionata l'attuazione o a determinati presupposti di fatto o a norme regolamentari non ancora emanate. Qualche difficoltà si può presentare per le nomine dei sanitari condotti, se il procedimento, già iniziato secondo le precedenti norme, sia in corso o debba essere rinnovato per effetto di annullamento.

L'art. 68 del nuovo testo unico ha stabilito un ordinamento nuovo. La nomina dei sanitari condotti è deliberata dal Podestà o dalla rappresentanza consorziale, in seguito a pubblico concorso indetto ogni anno dal Prefetto per il numero complessivo dei posti vacanti nella provincia. Il Ministero dell'Interno nomina le Commissioni giudicatrici dei concorsi provinciali ed ha facoltà di affidare il giudizio di più concorsi alla stessa Commissione. Questa, in ogni caso, forma la graduatoria dei candidati risultati idonei, secondo l'ordine della votazione ed osservate le preferenze stabilite per legge. Il Prefetto controlla, approva e pubblica la graduatoria dei concorrenti e comunica al Podestà o alla rappresentanza consorziale i nomi dei vincitori, in relazione all'ordine della graduatoria e alle sedi per le quali i candidati hanno precedentemente dichiarato di concorrere. Il Podestà o la rappresentanza consorziale provvede alla nomina.

Soggiunge l'art. 69 che sono applicabili le disposizioni del 3°, 5° e 6° comma dell'art. 36: la Commissione può dichiarare inefficace l'esito del concorso per uno o più posti; in caso di mancata accettazione da parte del prescelto o di cessazione dal servizio per qualsiasi causa, entro i primi sei mesi dalla pubblicazione della graduatoria, sono nominati successivamente gli altri concorrenti dichiarati idonei.

La graduatoria ha, dunque, efficacia vincolatrice e il Podestà o il rappresentante del consorzio non ha potere di scelta. La funzione di essi non si limita però ad un atto semplicemente formale. L'organo deliberante non può rivedere e controllare il giudizio tecnico della Commissione, ma può negare la nomina per motivi legittimi estranei alle condizioni di ammissione al concorso e alla valutazione della capacità assoluta e comparativa. Questo è, in sintesi, il nuovo ordinamento, ancora però non attuato, non essendo state emanate le norme regolamentari del procedimento e, peraltro, non essendo stati indetti dai Prefetti concorsi provinciali.

Frattanto, sono in corso procedimenti di nomina per condotte singole comunali, secondo le disposizioni del precedente testo unico: sono in corso perchè non esauriti o in seguito ad annullamento per effetto di decisioni giurisdizionali o di determinazioni in sede gerarchica, o, per causa di revoca, si chè il procedimento deve essere rinnovato. Quali disposizioni sono applicabili? E, specialmente, la graduatoria vincola il Podestà, o permane il potere di scelta, che senza dubbio era attribuito dalle norme anteriori?

Generalmente le norme di diritto pubblico regolano anche i rapporti in corso, salvi gli atti compiuti che non siano incompatibili con le nuove disposizioni o non siano invalidati per effetto retroattivo, quando, s'intende, la nuova legge stabilisca eccezionalmente questo effetto.

Ma le disposizioni del testo unico 1934, regolando le nomine dei sanitari condotti, stabiliscono un ordinamento organico, del tutto diverso da quello precedente. L'obbligo di osservare l'ordine della graduatoria presuppone un concorso provinciale indetto e definito *secondo il nuovo sistema*. Non si può enucleare da questo una disposizione che soltanto ad esso aderisce e appartiene, per applicarla ad un procedimento diverso, iniziato o compiuto secondo il precedente ordinamento.

Ha efficacia vincolatrice la graduatoria formata dalle Commissioni provinciali e approvata dal Prefetto, a norma dell'art. 68 e segg. del T. U. 1934; non aveva e non ha questa efficacia la graduatoria dei concorsi comunali regolata dal T. U. 1907. Le disposizioni sopravvenute non modificano singole norme anteriori; ma ad un ordinamento completo ed organico ne sostituiscono un altro, disponendo in tutto, per l'avvenire, e riservando al regolamento le norme di attuazione non ancora emanate.

È, quindi, da ritenere che i concorsi comunali, per qualsiasi causa non ancora esauriti, siano regolati dalle precedenti disposizioni, le quali hanno efficacia ultrattiva. Non è poi dubbio che le stesse norme siano applicabili ai concorsi rinnovati, per effetto di annullamento in sede gerarchica o giurisdizionale: essendo, in tal caso, ricondotte le parti nelle condizioni giuridiche e di fatto anteriori agli atti invalidati e dovendosi rifare il procedimento nelle medesime condizioni, come se gli atti annullati non fossero stati compiuti, ne deriva che, anche per effetto della decisione di annullamento, devono essere applicate le norme anteriori.

La graduatoria non ha efficacia vincolatrice e l'autorità deliberante ha facoltà di scelta.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Istituto di Sanità - Invio di dati sanitari.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale Sanità Pubblica - Divisione 6ª - Sezione 1ª), ha diramato ai sigg. Prefetti del Regno e autorità assimilate la seguente circolare, N. Prot. 20300-2, in data 22 gennaio 1935-XIII:

Con il 31 corrente mese entra in funzione presso l'Istituto di Sanità Pubblica il reparto di epidemiologia e di profilassi, al quale viene affidato il compito di seguire e controllare lo stato sanitario ed il movimento demografico, specialmente per quanto riguarda le malattie e le cause più importanti di esse.

Allo scopo di agevolare e di affrettare la raccolta e la elaborazione dei dati e dei fatti sanitari di particolare interesse per la Sanità Pubblica, si interessano le EE. LL. di voler disporre che venga curata la precisa osservanza delle seguenti disposizioni:

1) *Denunzia delle malattie infettive.* Si è rilevato che non sempre viene data dai medici la dovuta cura nella sollecita denunzia dei casi di malattie infettive ai sensi degli articoli 254 e 255 del testo unico delle leggi sanitarie, e del Decreto ministeriale 15 ottobre 1923. Per talune malattie anzi, — come per la poliomielite, per l'encefalite letargica — le denunzie effettuate dai medici risultano inferiori al numero dei morti per le stesse malattie.

È facile arguire quale ripercussione ciò possa avere sullo stato sanitario della Nazione.

La non conoscenza di manifestazioni diffusive ed il mancato o tardivo intervento profilattico sono causa dell'ulteriore sviluppo di focolai epidemici, talora anche rilevanti, la cui profilassi rendesi poi difficile ed eccessivamente dispendiosa.

Necessita pertanto che tale servizio venga disciplinato con il maggiore rigore e le EE. LL., di intesa con i Sindacati medici, vogliano emanare precise disposizioni, richiamando gli obblighi che spettano ai medici, e le sanzioni che la legge stabilisce per i contravventori.

2) *Redazione della denuncia.* Questa deve essere individuale e deve essere redatta sul modello N. 15 che viene gratuitamente rimesso a codesta Prefettura, a seguito di apposita richiesta al Provveditorato Generale dello Stato (Ministero delle Finanze) con l'indicazione del numero che si presume sufficiente per i bisogni della Provincia.

Il medico provinciale deve, perciò, curare, almeno per le malattie più importanti, che le denunzie non vengano fatte globalmente ma si riferiscano ad ogni singolo caso, e che ciascuna di esse contenga le indicazioni sui quesiti proposti e contenuti nel modello, specie per quanto riguarda l'età la quale deve essere sempre specificata in mesi quando il malato abbia meno di un anno.

3) *Invio delle denunzie individuali.* Il medico provinciale, ricevute, raccolte e controllate le denunzie del mese, le invia a questo Ministero, e propriamente « all'Istituto di Sanità - Reparto di epidemiologia, via Regina Margherita 299, Roma ».

* * *

Allo stesso indirizzo devono essere inviati i bollettini ed i dati sanitari che presentemente vengono compilati, e cioè:

a) Bollettini settimanali e mensili (Modelli N. 14 e 16). L'importanza sanitaria di questi bollettini sta nella sollecitudine e prontezza di pubblicazione; ogni ritardo fa perdere il valore che principalmente consiste nel dare in ogni momento la conoscenza dello stato sanitario dei Comuni del Regno nei riguardi delle malattie infettive.

Pertanto rendesi necessario che il bollettino settimanale venga inviato non più tardi di quattro giorni dalla fine della settimana, e che quelli mensili per tutti i Comuni della Provincia vengano rimessi nel mese successivo.

b) Schede individuali per la denunzia delle malattie veneree (Mod. 5 e 6). I direttori degli ambulatori e delle sale per la cura delle dette malattie devono curare la regolare ed esatta redazione delle relative schede per tutte le persone visitate, e provvedere che a fine di ciascun anno, non oltre il mese di febbraio, vengano inviate all'indirizzo anzidetto per lo spoglio e la elaborazione dei dati.

c) Riassunti annuali relativi al funzionamento degli ambulatori antitracomatosi, antivenerei, e delle sale celtiche.

d) Prospetti riassuntivi delle vaccinazioni e delle rivaccinazioni antivaiuolose eseguite in ciascuna sessione ordinaria di vaccinazione e nei singoli comuni della provincia (Mod. 19).

e) Dati demografici mensili per il capoluogo ed i Comuni più importanti.

f) Indagini sul movimento e la mortalità nei brefotrofi.

* * *

Questo Ministero è sicuro che le EE. LL. daranno il maggiore interessamento per l'osservanza delle disposizioni impartite, e che i medici provinciali ne cureranno la scrupolosa esecuzione.

Si attende assicurazione.

Cronaca del movimento professionale.

Medici di bordo.

Dalla Federazione Nazionale Fascista della Gente del Mare (Roma, Largo Chigi 19), Ufficio Sindacale, riceviamo:

Roma, li 29 gennaio 1935 - Anno XIII.

Chiar.mo Sig. Direttore de « Il Policlinico »

ROMA

Con riferimento all'articolo intitolato: « Per l'autorizzazione a viaggiare come medici di bordo »

comparso nel numero 3 del 21 gennaio 1935-XIII, pag. 122, del diffuso periodico dalla S. V. diretto, ci pregiamo segnalare che presso questa Federazione esiste una Sezione Medici di Bordo alla quale debbono rivolgersi ed inscriversi, in conformità delle tassative disposizioni sindacali vigenti, i medici di bordo che desiderino imbarcare, allo scopo di evitare, per ovvie ragioni di tutela sindacale e di controllo dell'osservanza delle condizioni contrattuali, ogni diretta trattativa tra i datori di lavoro e i prestatori di opera.

Ci pregiamo richiedere alla S. V. chiar.ma di voler portare a conoscenza degli interessati quanto sopra, pubblicandolo sul Suo pregiato giornale.

Ringraziamenti e saluti fascisti.

p. il Segretario Nazionale:
ENRICO MADILLA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Concorso, per titoli, al posto di Aiuto Medico del Dispensario provinciale antitubercolare di Ancona. Età massima anni 40; nessun limite per quelli in servizio presso Provincie, Comuni, Consorzi. Occorre diploma di abilitazione all'esercizio di medico chirurgo conseguito da almeno due anni alla data del concorso. Stipendio L. 13.000, oltre indennità di servizio attivo di L. 2210 ridotte in base al Decreto 561 dell'aprile 1934. Scadenza 20 marzo 1935-XIII. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Consorzio presso la Provincia di Ancona.

AQUILA. *Ospedale Psichiatr. Provinc.* — Scad. 28 febb. Medico di Sezione. L. 11.000 e quattro quinquenni decimo; riduzioni e trattenute di legge. Indennità c.-v. Incarico di disimpegnare il servizio di gabinetto, con assegno di L. 1200 lorde. Vitto nei giorni di guardia, o a facoltà dell'Amministrazione indennità giornaliera di L. 8. Indennità alloggio L. 1200, quando questo non fosse fornito nello Stabilimento. Età limite al 28 feb. anni 32. Tassa L. 50,10. Rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

AQUILA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Concorso per titoli ed esami ai posti di Direttore delle Sezioni dispensariali provinciali di Avezzano e Sulmona; L. 7.000 ritenute e riduzioni; indennità di trasferta e diarie. Scad. ore 12 del 15 marzo. Età limite 45° anno al 10 genn. Tassa L. 50,10. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria.

FANO. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 15 febbr.; due medici assistenti nel Civico Ospedale S. Croce; stip. L. 5000, serv. att. L. 480, c.-v., compartecipazione; nomina e conferma biennali.

FORLÌ. *Ospedale G. B. Morgagni.* — Scad. 15 marzo. Direttore sanitario e medico primario: L. 3000 come direttore, e L. 12.000 come primario, oltre compartecipazione. Pratica, congiunta o divisa, di anni 4 almeno presso una Clinica Universitaria o presso un Ospedale con non meno di 100 letti se in qualità di primario e con non meno di 200 letti se in qualità di aiuto. Età non superiore ad anni 45, salvo e. l. e salvo per coloro che ricoprono analogo posto presso altri Ospedali per i quali il limite massimo di età viene elevato a 50 anni. Libera docenza in clinica o patologia medica. Tassa L. 50. Rivolgersi Congregazione di Carità.

IDRIA (Gorizia). *R. Miniera.* — Scad. 31 marzo. Medico; stipendio L. 12.600; c.-v. Abitazione ed illuminazione elettrica gratuite. Lo stipendio è al netto di qualsiasi riduzione. Età massima anni 35 s.e.l. Certificato dei punti negli esami speciali e di laurea ed eventualmente nell'esame di Stato. Obbligo della residenza. Il nominato viene assunto con le norme dell'impiego privato (R. D. L. 13 novembre 1924, n. 1825).

IMPERIA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Scad. 6 aprile. Concorso per esami e per titoli a Direttore del Consorzio e Direttore del Dispensario Provinciale; L. 24.000 e indennità servizio attivo L. 6000; ritenute, ma non riduzioni di cui ai Regi Decreti Legge 20 novembre 1930, n. 1491 e 16 aprile 1934, n. 561. Età, al 26 gennaio 1935-XIII, anni 32-46 s. e. l. Abilitazione all'esercizio della professione da almeno 5 anni dal 26 gennaio 1935-XIII; certificato dei punti conseguiti per ogni materia di studio. Certificati di specialista in tisiologia. Tassa L. 50.

LUGO. *Ospedale Umberto I.* — Al 28 febbraio, ore 18, concorso a due posti di medico assistente, della Sezione Chirurgica e della Sezione Medica; età limite 35 anni al 20 gennaio; attestato dei punti conseguiti in ciascun esame speciale; tassa lire 50,10; doc. a 3 mesi dal 20 gennaio; stip. L. 3300 lorde e partecipaz.; alloggio, vitto ecc. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità.

MESTRE (Venezia). *Ospedale Civile.* — A tutto 12 aprile concorso per titoli ed eventualmente esami ad Aiuto Chirurgo. Rivolgersi alla Segreteria.

MILANO. *Istituto Nazion. Vitt. Em. III per lo studio e la cura del cancro.* — Aiuto ed assistente; titoli ed eventualm. esami; stipendi rispettivam. L. 12.000 e L. 10.000, aumentabili di 3/10 e di 2/10, oltre assegno di servizio L. 1200 e L. 1000, partecipaz.; età limite 35 e 30 anni. Nom. annuale; conferme biennali. Scad. ore 18 del 26 marzo. Tassa L. 50,10. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria (piazzale Gorini 20).

POGGIODOMO (*Perugia*). — Cercasi Medico Chirurgo interino, massimo anni 35. Stipendio mensile L. 800 lorde, cavalcatura a carico del Comune. Inviare domanda e documenti al Podestà.

RAVENNA. *Ospedale Civile S. Maria delle Croci.* — Concorso per titoli, ed eventualmente esami, ad Aiuto Chirurgo. Rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità, via Diaz, 2. Scad. ore 12 del 5 marzo 1935-XIII. Età limite 31 anni; tassa L. 50,10. Stip. L. 5000, oltre L. 1200 indenn. vitto, c.-v., compartecipazione.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Con decreto Ministeriale del 1° dicembre 1934-XIII, pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » del 5 gennaio c. a. e riportato nel « Giornale Militare » del 25 stesso mese, è indetto un concorso, per titoli e per esami, a 35 posti di tenente medico in servizio permanente effettivo nel Corpo sanitario del R. Esercito.

A tali concorsi potranno partecipare gli ufficiali in s. p. e. e di complemento, i sottufficiali e militari di truppa in servizio o in congedo, di qualsiasi arma o corpo, nonchè i medici civili, che tutti

non oltrepassino il 32° anno di età alla data dei decreti. Per i concorrenti che abbiano prestato servizio militare durante la guerra 1915-18 sarà tenuto conto del disposto dell'art. 42 del R. decreto 30 settembre 1922, n. 1290, che eleva di cinque anni il limite di età stabilito nei vari concorsi. Per coloro che risultino regolarmente iscritti ai Fasci di combattimento senza interruzione, da data anteriore al 28 ottobre 1922, il detto limite è elevato di quattro anni.

I concorrenti dovranno far domanda in carta da bollo da L. 6 al Ministero della Guerra (Direzione generale personale ufficiali), presentandola, non oltre 60 giorni dalla data di pubblicazione del decreto sulla « Gazzetta Ufficiale», al Comando del Distretto cui sono effettivi, oppure, se in servizio militare, al Comando del Corpo od ente dal quale dipendono. Seguono, nei decreti, le dichiarazioni da fare nelle domande, i documenti da presentare, le norme del concorso ed, a parte, i programmi d'esame.

TARANTO. *Ospedale Civile « SS. Annunziata ».* — Scad. 25 febb Concorso per titoli ed esami a due medici assistenti; stipendio L. 3000; compartecipazione. Indennità giornaliera di L. 36 per ogni turno di guardia di 24 ore; trattenute ed eventuali riduzioni di legge. Età limite anni 30 all'8 gennaio.

UDINE. *Ospedale Psichiatrico Prov.* — Medico di Sezione; L. 11.000, oltre indennità serv. att. L. 2300 e indennità c.-v.; trattenute e riduzioni di legge; sei aumenti periodici di un decimo, dei quali i primi quattro quadriennali e gli altri due quinquennali. Età massima, al 10 gennaio, anni 35 s. e. l. Competenza tecnica acquistata per studi speciali o per servizi prestati in manicomi o in cliniche psichiatriche. Tassa L. 50. Rivolgersi all'Amm.ne Provinciale. Scadenza 28 febbr.

VERONA. *Amministrazione Provinciale.* — A tutto il 15 marzo 1935, XIII, è aperto il concorso al posto di medico di sezione presso l'Ospedale Psichiatrico di Verona. Stipendio iniziale L. 14.400; stipendio a maturazione di tutti gli aumenti periodici lire 19.500, il tutto diminuito delle riduzioni e trattenute di legge. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

CONCORSI A PREMI.

Premi Mussolini.

La Società Italiana per il Progresso delle Scienze, in occasione della XXIV Riunione che terrà a Palermo, dal 12 al 18 ottobre, ha stabilito che siano assegnati alle 21 Sezioni del Congresso altrettanti premi di L. 1000 per le migliori comunicazioni scientifiche che saranno presentate da giovani studiosi. I 21 premi, intitolati al nome del Duce sono messi a concorso, uno per Sezione, su temi appositamente fissati dal Comitato Scientifico.

Per la Sezione di Fisiologia e Psicologia (presidente: prof. Gaetano Quagliariello; segretario: dott. Mario Saviano) è fissato il tema: « Bisogno di proteine dell'organismo animale e varia attitudine delle medesime e di altre sostanze azotate a soddisfarlo ».

Per la Sezione di Patologia (presidente: sen. prof. Giacinto Viola; segretario: prof. Piero Benedetti) è fissato il tema: « La costituzione chimica dei batteri in rapporto alla funzione patogena ».

Chiunque può concorrere ai « Premi Mussolini » alla sola condizione di essere o farsi socio della « S.I.P.S. ».

Inviare in busta raccomandata entro il 31 agosto 1935-XIII, il testo completo e definitivo del proprio lavoro, redatto in duplice copia dattilografata e accompagnato dalla domanda di partecipazione al concorso, nonchè da un breve *curriculum* della propria operosità scientifica. Chiedere il programma. Indirizzare il lavoro e le eventuali richieste di schiarimenti alla Segreteria, via del Collegio Romano 26, Roma.

Fondazione « Gaetano Mazzoni ».

È aperto il concorso ad un premio annuale della Fondazione « Gaetano Mazzoni ». Il premio consiste nella rendita del capitale di lire 50 mila diminuita delle tasse e delle spese di amministrazione. Vi sono ammessi gli studenti che abbiano seguito regolarmente tutti i corsi della Facoltà di medicina e chirurgia e superate al primo esame le prove per gli esami di profitto e di laurea nella Università di Roma. Indirizzare al Rettore domanda di ammissione al concorso, su carta bollata da L. 3, non più tardi delle ore 12 del 31 luglio 1935.

Accademia Lancisiana di Roma.

Il Direttorio dell'Accademia porta a conoscenza dei signori accademici e soci i temi per i concorsi a premio banditi per l'anno 1934-XII - 1935-XIII: 1) « Rapporti tra stati anemici e disturbi digestivi », premio di L. 2000 del Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia; 2) « La embolectomia », premio di L. 2000 della Presidenza degli Ospedali Riuniti di Roma.

I temi dovranno essere consegnati non più tardi delle ore 8 del 15 settembre 1935-XIII. I lavori concorrenti ai premi dovranno essere originali inediti, dattilografati in lingua italiana e contrassegnati da un motto che deve essere trascritto sopra una busta chiusa (contenente il nome del concorrente) la quale verrà aperta dalla Commissione esaminatrice dopo fatta la votazione definitiva.

Per informazioni rivolgersi alla segreteria dell'Accademia.

BORSE DI STUDIO.

Borsa di studio Jacobi per medichesse.

L'Associazione delle medichesse di New York ha posto a concorso la borsa di studio Mary Putnam Jacobi, dell'importo di 1000 dollari, per laureate in medicina che intendano compiere studi di perfezionamento. Le candidate devono produrre attestazioni degli istituti scientifici ove già hanno lavorato ed impegnarsi a dedicare il loro tempo allo studio del problema prospettato. Le domande vanno anche accompagnate da attestati di buona salute e dai titoli. Rivolgersi alla segretaria, Dr. Rose Cohen, the Women's Medical Association, West Ninetieth Street 36, New York City, S. U. d'A. Scadenza 1° aprile 1935.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà medica di Napoli ha chiamato il prof. Luigi Torraca, ordinario di patologia chirurgica, alla cattedra di clinica chirurgica, già illustrata dal sen. Giovanni Pascale.

Ce ne compiacciamo con l'illustre clinico e studioso.

Il prof. Giuseppe Vidau è incaricato dell'insegnamento di clinica oto-rino-laringoiatrica nella R. Università di Roma. Rallegramenti.

Il prof. Francesco Lasagna, incaricato di clinica otorinolaringoiatrica a Parma, è insignito della commenda della Legion d'Onore.

Nell'Ordine della Corona d'Italia sono nominati: cavaliere di gran croce l'industriale Ezio Granelli, filantropo dell'Università di Milano; grandi ufficiali i proff. Bindo De Vecchi, rettore della R. Università di Firenze, e Gianni Petragnani, rettore della R. Università di Siena; commendatori i proff. Salvatore Maggiore, preside della Facoltà medica di Messina, e Giovanni Corradi, incaricato di odontoiatria a Parma.

Il dott. Francesco Lio, medico coloniale a Homs, è nominato cavaliere nell'Ordine Coloniale della Stella d'Italia.

Il sig. Henri Queuille è nominato ministro della sanità pubblica e dell'educazione fisica in Francia.

Il dott. Max Cutler è nominato presidente dell'Associazione Americana per lo studio delle neoplasie.

Il dott. José Fabella è nominato commissario di sanità delle Isole Filippine.

NOTIZIE DIVERSE.

29° Congresso italiano di dermosifilografia.

La XXIX Riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia avrà luogo a Roma all'inizio dei Littoriali della cultura (15 aprile e seguenti).

Temi di relazione: 1) « Le atrofodermie » (affidato alla R. Clinica Dermosifilopatica di Siena); 2) « Le dietoterapie in dermatologia » (affidato alla R. Clinica Dermosifilopatica di Milano); 3) « Il valore clinico degli esami del liquor nella sifilide » (affidato alla R. Clinica Dermosifilopatica di Palermo).

Temi delle Commissioni internazionali: 1) « Riforma della nomenclatura », delegato: prof. G. Mariani; 2) « Riforma della classificazione », delegato: prof. M. Truffi.

Onde procedere alla compilazione del programma di lavori la Presidenza prega i soci di farle pervenire al più presto — e in ogni caso non più tardi del 15 febbraio — il titolo delle comunicazioni che intendessero svolgere, possibilmente accompagnato dal riassunto delle conclusioni.

Saranno poste all'ordine del giorno le sole comunicazioni riguardanti i temi di relazione.

Di norma è ammessa una sola comunicazione per ogni socio. Chi desiderasse riferire su più argomenti è pregato di indicare la comunicazione preferita, intendendosi che le altre saranno ammesse se la mole dei lavori lo permetterà.

Per desiderio di alcuni soci sarà portata all'Assemblea, dal solo punto di vista pratico profilattico-epidemiologico e profilattico-sociale, la questione della « Lebbra autoctona » in Italia. Per facilitare la visione integrale del problema e perchè la Presidenza possa prospettarla all'Assemblea con esattezza numerica e geografica, si pregano quei colleghi che abbiano avuto occasione di osservare nel periodo post-bellico casi di lebbra sicuramente autoctona, di volerli segnalare alla Presidenza con notizie sul luogo di provenienza e residenza abituale di ciascun caso.

Infine si ricorda che sarà particolarmente gradita ai soci la dimostrazione clinica di casi interessanti. La Società italiana è anche disposta, per i casi di maggiore interesse, ad alleviare le spese relative.

Alla XXIX Riunione saranno comunicati le disposizioni ed il programma per il IX Congresso internazionale di Budapest (settembre 1935) e saranno discusse le proposte che i soci delegati dalla nostra Società porteranno in seno alle rispettive Commissioni internazionali.

Presidente della Società è il prof. L. Tommasi; segretario il prof. V. Montesano (piazza Campo Marzio 3, Roma).

Prossimi Congressi scientifici a Bologna.

Com'è noto, prossimamente Bologna sarà sede di importanti Congressi Scientifici Internazionali.

La serie sarà aperta dal Congresso Internazionale Stomatologico. Posto sotto l'alto Patronato di S. M. il Re e sotto la presidenza onoraria di S. E. il Capo del Governo, il Congresso, con l'esposizione annessa, sarà tenuto dal 14 al 19 aprile.

Ad esso seguirà la Mostra Internazionale del Libro di Medicina, contemporanea ad altri Convegni e Congressi scientifici, dal 1° al 31 ottobre prossimo.

Poichè le manifestazioni in parola presenteranno un carattere di spiccata affinità, pur svolgendosi in periodi diversi, i Comitati organizzatori giustamente avevano espresso l'intendimento che esse, anche per ragioni economiche, potessero aver luogo in un'unica sede.

In vista di ciò, il Podestà on. Manaresi, con tempestiva ed opportuna disposizione, ha deliberato che le due manifestazioni si svolgano all'Archiginnasio, antica e gloriosa sede dell'Ateneo Bolognese, che anche per il passato ebbe ad ospitare solenni raduni dell'arte e della scienza.

Il vetusto edificio che tuttora splende di un fasto singolare e che è tutto un armonioso trionfo di affreschi, di dorature e di stemmi gentilizi, si avvantaggerà notevolmente per gli importanti lavori di restauro e di adattamento che, fra breve, verranno iniziati, cosicchè potrà apparire alle personalità convenute a Bologna per l'occasione da ogni parte del mondo in tutta la sua gloriosa secolare bellezza.

I servizi sanitari nella provincia di Littoria.

Il 18 dicembre S. E. il Capo del Governo con un discorso memorabile pei concetti esposti inaugurò la novantatreesima provincia d'Italia: quella di Littoria, sorta per volere di Lui dove erano le mefitiche lande dell'Agro Pontino. È necessario che si sappia quanto si è fatto e si va facendo in materia igienico-sanitaria nella nuova provincia.

Il Consorzio antitubercolare, oltre al miglior funzionamento di quelle già esistenti, ha provveduto alla istituzione di altre sezioni dispensariali, le quali sono dei veri e propri centri di igiene sociale e d'organizzazione profilattica, forniti anche di un reparto di policonsultazione per altre malattie. Nell'Agro Pontino specialmente l'azione dei Dispensari è efficacemente integrata dalla Croce Rossa che ha istituito stazioni sanitarie in ogni borgo. Si può affermare che la nuova provincia trova già ben avviata la sua definitiva organizzazione antitubercolare, in quanto esistono già dispensari in piena efficienza, come quelli di Priverno, Formia, Gaeta e una sezione ospitaliera a Fondi per i casi urgenti; un centro d'igiene sociale funzionerà a Littoria come dispensario provinciale.

L'Opera per la Maternità e l'Infanzia ha istituito consultori fissi non solo in tutti i comuni della nuova provincia ma anche nei borghi di Littoria, nonchè centri di zona per l'assistenza materna e infantile a Gaeta, a Minturno e nel nuovo capoluogo, ove però, dopo l'esperienza del primo anno, lo si va trasformando, per adeguarlo alle particolari esigenze della popolazione femminile sparsa nel territorio pontino.

Attivissima è stata l'opera del Comitato antimalarico, il quale, per la cura e la profilassi, ha avuto l'efficace collaborazione di vari enti ed uffici. Per quanto riguarda particolarmente l'Agro Pontino va ricordata l'azione svolta dalla Croce Rossa attraverso le stazioni sanitarie costituite allo scopo in Littoria, nei borghi e in altre località e quella veramente benemerita della Stazione sperimentale nella zona di Terracina, nonchè l'opera del Genio Civile per lavori di piccola bonifica in varie zone. Nuovi ambulatori per l'assistenza antimalarica sono stati istituiti a Fondi, Itri, Formia, Castelforte.

Conferenza del prof. Donati alla Sorbona.

Per iniziativa e sotto gli auspici del Comitato Italia-Francia presieduto dal sen. Borletti, nonchè dell'Unione Medica Latina e della Unione Intellettuale Franco-Italiana, ha avuto luogo la sera del 2 febbraio. alla Sorbona, una conferenza del prof. Emilio Donati dell'Università di Milano sulle nuove direttive della chirurgia. Essa si è svolta dinanzi ad un pubblico numeroso ed attentissimo ed alla presenza di S. E. l'Ambasciatore d'Italia conte Pignatti Morano di Custoza, nonchè delle autorità italiane e di cospicue personalità del mondo medico ed universitario parigino.

L'oratore ha dimostrato per quali caratteristiche di pensiero e di azione si contraddistingua l'odierna chirurgia e, con argomenti di ordine filosofico e scientifico, ha segnalato quale posizione spetti alla chirurgia nelle gerarchie delle scienze, illustrando l'importanza dell'indirizzo biologico. Il prof. Donati ha evocato i contributi portati allo stesso indirizzo dalla chirurgia francese ed ha passato in rapida rassegna i risultati ottenuti ed i problemi che sono all'ordine del giorno, auspicando alle immancabili conquiste future ed alla sempre più intima collaborazione franco-italiana.

Durante la sua permanenza a Parigi il prof. Donati ha anche fatto due importanti comunicazioni scientifiche alla « Société Nationale de Chirurgie » ed alla « Société des Chirurgiens de Paris », nonchè una molto apprezzata seduta operatoria.

L'opera del prof. Bocchetti al Sanatorio militare di Anzio.

Il 27 gennaio, ricorrendo il 15° anniversario dell'inaugurazione del nuovo Sanatorio militare di Anzio, è stata apposta nell'atrio di uno dei grandi padiglioni una lapide che ricorda l'opera di quindici anni dell'ex direttore prof. Federico Bocchetti, attualmente direttore del Centro Ospitaliero Sanatoriale di Porta Furba in Roma.

Sulla lapide sono state incise le parole: « Questo Sanatorio della Sanità Militare — Pioniera nella lotta contro la tubercolosi in Italia — riconosce e ricorda nel suo 1° Direttore — per tre lustri — il cap. med. prof. Federigo Bocchetti — il suo fondatore, il suo assertore — e ne consacra il merito, la tenacia e la fede — Anzio XVII-I-MCMXXXV - Anno XIII E. F. ».

Alla semplice cerimonia, alla quale hanno partecipato tutto il personale del Sanatorio e molti malati guariti, hanno parlato il colonnello medico Napolitano e l'attuale direttore del Sanatorio maggiore medico Bianchini. Ha risposto il prof. Bocchetti con un commosso discorso, a cui è seguita una vibrante manifestazione di plauso e di affetto.

Onoranze al prof. Gallerani.

Per onorare il prof. Giovanni Gallerani, che — come già abbiamo annunziato — lascia quest'anno la cattedra di fisiologia presso l'Università di Bari per limiti di età, il personale dell'Istituto presenterà all'illustre Maestro, in occasione delle onoranze, che gli saranno tributate, una raccolta di pubblicazioni scientifiche di vario argomento.

La rivista « Fisiologia e Medicina », diretta dal prof. Silvestro Baglioni, si è assunto l'incarico di pubblicare per i suoi tipi, nel giugno corr. anno, un fascicolo giubilare dedicato al prof. Giovanni Gallerani, in cui compariranno i lavori di biologia e di clinica inviati in onore del festeggiando.

Azioni giudiziarie.

La Corte di Cassazione ha riconosciuto emesso legalmente ai sensi della legge penale e nell'am-

bito della podestà amministrativa una condanna pronunziata dal Pretore di Tolmezzo per contravvenzione a un'ordinanza del Podestà di Sutrio (Udine), che vietava la vendita del pane agli esercenti del Comune non espressamente autorizzati, allo scopo di regolarizzarne il commercio e uniformarlo alle norme igieniche prescritte dalle leggi vigenti.

Al Tribunale di Livorno, in sede civile, è in corso un'azione giudiziaria promossa da una Casa di salute contro il cav. Farinata Farinati per ricupero di spese di assistenza in L. 50.000; alla causa civile se n'è ora sovrapposta una penale, per diffamazione, contro lo stesso Farinati; il nuovo processo si svolgerà al Tribunale di Pistoia.

Un po' dovunque.

Il congresso triennale dell'Associazione internazionale delle medichesse si terrà a Edimburgo nel 1937; discuterà i temi: « Il cancro nella donna e sua profilassi », « L'aborto ». La dott.a Alma Sundquist di Stoccolma venne eletta presidente alla riunione tenutasi in questa città nell'agosto 1934.

Il 3º Congresso panamericano sulla tubercolosi si è tenuto a Montevideo dal 16 al 19 dicembre; vi hanno partecipato circa 200 medici appartenenti alle principali Nazioni dell'America meridionale. Alla seduta inaugurale, svoltasi nell'Ateneo, intervenne il ministro della sanità pubblica, prof. E. Blanco Acevedo.

L'Associazione americana per il progresso delle scienze tenne il suo 95º congresso a Pittsburgh dal 27 dicembre al 2 gennaio: la Sezione N fu dedicata alle scienze mediche. Temi discussi furono: « la poliomielite »; « la chimica e il metabolismo dei composti solforati dell'organismo ». Furono tenute due conferenze: « Sui progressi recenti più importanti nello studio delle emopatie » e su « L'uomo, il grande integratore ».

Le quinte giornate odontologiche argentine si sono tenute a Buenos Aires dal 12 al 17 novembre. In conformità ad un voto del 5º Congresso nazionale di medicina, adunatosi a Rosario nel settembre 1934, il primo Congresso nazionale argentino di odontologia si adunerà a Buenos Aires nel 1937.

La prima riunione brasiliana di oftalmologia si è tenuta a San Paolo dal 19 al 25 gennaio.

La Società tedesca per gli studi sulla circolazione si adunerà il 24 e il 25 marzo a Wiesbaden. Tema principale: « Circolazione e respirazione »; relatori: W. R. Hess, di Zurigo (fisiologia); K. F. Wenckebach, di Vienna (clinica); M. Hochrein, di Lipsia (la piccola circolazione nei riguardi normali e patologici). Nel secondo giorno la Società si riunirà insieme alla Società tedesca per la medicina interna. Rivolgersi al presidente Prof. Eb. Koch, Deutsche Gesellschaft für Kreislaufforschning, Bad Nauheim. Sede sociale: Residenzstrasse 32, Dresden-Blasewitz, Germania.

La Società tedesca di patologia ha deliberato di tenere una riunione scientifica ordinaria a Giessen dal 28 al 30 marzo; tema: « Sviluppo e differenziazione ».

La « Società tedesca dei medici per la gola, il naso e le orecchie » si adunerà dal 6 all'8 giugno, sotto la presidenza del prof. Wagener di Gottinga, a Bad Reichenhall.

La Società tosco-umbra chirurgica si è adunata il 16 novembre e il 7 dicembre, sotto la presidenza del prof. D. Taddei. Furono fatte comunicazioni da: O. Bartoli, E. Franceschi, F. Bucalossi; U. L. Torrini, C. Beccari - F. Gherardi, A. Billi.

Un Convegno antitubercolare ha avuto luogo il 13 gennaio 1935 a Reggio Emilia. Vi hanno partecipato circa 150 tisiologi dell'Emilia e della Romagna, tra cui i proff. R. Paolucci ed E. Maragliano; presiedeva il prof. D. Ottolenghi. Vennero presentate 46 comunicazioni. Agli intervenuti venne distribuita una pubblicazione contenente scritti sulla medicina e sul naturismo, tra cui una monografia del prof. Bottazzi su Lazzaro Spallanzani e una del prof. Giordano su Cesare Magati.

La Società Medico-Chirurgica Veronese si è adunata il 3 dicembre e il 7 gennaio, sotto la presidenza del dott. F. Delaini assistito dal segretario prof. G. Zanni. Nella prima seduta furono fatte comunicazioni da: M. Artom, A. Rossi, E. Pedrazzoli. Nella seconda fu fatta una comunicazione da G. Zanni; A. Austini tenne una conferenza sulle sindromi addominali acute.

La Società dei chirurgi di Parigi ha celebrato il suo 25º anniversario il 24 gennaio, sotto la presidenza di Henri Queille, ministro della sanità pubblica e dell'educazione fisica. Alla cerimonia parteciparono il presidente della Repubblica, Albert Lebrun, il presidente del Consiglio dei ministri, P.-E. Flandin, e numerose altre personalità. Ai discorsi seguì un ricco e vario programma orchestrale, di canti e di danze. La sera ebbe luogo un banchetto.

Un corso complementare d'igiene pratica per aspiranti al posto di ufficiale sanitario si svolgerà nel R. Istituto d'Igiene di Pavia, a partire dal 3 aprile, per la durata di un bimestre; tasse L. 415,10 complessivamente; un altro a Milano, a partire dal 1º aprile; tassa d'iscrizione L. 300. Modalità consuete.

Il prof. Ernesto Bertarelli ha tenuto a Milano, nella sede dell'Istituto fascista di cultura, una conferenza sul tema: « Malaria e bonifica integrale ».

Per volontà e con l'aiuto morale e materiale della nostra Sovrana, presso la R. Clinica neurologica di Bologna si è costituito e verrà tra breve inaugurato un reparto per il trattamento dei postencefalitici, applicando una cura che Ella stessa ha importato dalla Bulgaria; ciò analogamente a quanto si è già fatto a Roma ed a Pisa.

È stato disposto per la creazione a Ferrara di un Istituto di Medicina Legale a servizio dell'Aeronautica. L'Istituto, che sorgerà per volere del Capo del Governo, sarà adibito specialmente per ricerche radiologiche, psicologiche, chimiche, fisiche, ecc.

A parziale rettifica della notizia, data nel n. 46 dello scorso anno, sull'Ospedale di Fatebenefratelli di Milano, avvertiamo che la Confraternita costruisce un nuovo padiglione per 240 posti-letto, destinato a malati di medicina.

È stato creato a Parigi un « Ufficio del cinema medico », sotto la direzione scientifica del dott. Maurice Fabre e la direzione tecnica di Paul Thoby; indirizzo: rue du Conservatoire 13, Paris IXe.

All'Istituto Medico di Birmingham (Sezione di Odontologia), il prof. Leonard Gamgee ha lumeggiato i cambiamenti che si sono venuti determinando nell'assistenza ospedaliera: un tempo questa era limitata ai poveri e del tutto gratuita, mentre poi si è estesa ai non poveri: ora la maggioranza degli assistiti viene obbligata a contribuire nelle spese. Un tempo si giustificava che i medici ospedalieri prestassero opera onoraria, gratuita o quasi, poichè essa andava a vantaggio degli indigenti; ora non più. Tuttavia gli ospedali mantengono la tradizione di retribuire malissimo il personale medico. Sarebbe tempo di provvedere.

Il Ministero dell'istruzione dell'Estonia ha emanato un'ordinanza, in conformità della quale per il 1° semestre del 1935 non sono più ammesse iscrizioni presso l'Università di Dorpat. Il Governo aveva già ripetutamente ammonito sulla necessità di limitare il numero degli studenti.

Il Procuratore del Re di Cremona, comm. Pagnacco, ha interposto appello contro una sentenza assolutoria di un abusivo.

I giornali recano di una consultazione medica per radio avvenuta tra un villaggio remotissimo della Groenlandia — Eskimonaes — e Copenaghen, a beneficio di un pescatore che presentava fatti gravi di congelamento.

I giornali recano che all'Ospedale di Lubiana sono stati estratti, dallo stomaco di un ragazzo quindicenne, 98 chiodi, alcuni dei quali lunghi 12 cm., deglutiti, pare, in seguito ad una scommessa con i compagni.

Durante una tempesta di neve si sono scorte, dalle coste della Scozia, delle segnalazioni telegrafiche luminose provenienti da un'isoletta, Popastour, che invocavano soccorso per un ferito. Un medico ed un'infermiera si recarono sul posto con un battello di salvataggio.

Nell'aula dell'Istituto di istologia e fisiologia generale della R. Università di Napoli è stato inaugurato, con austera e solenne cerimonia, un busto del compianto prof. sen. Giovanni Paladino, che fu il fondatore dell'Istituto e del quale sono ben note le importanti ricerche scientifiche. Tenne un discorso commemorativo il prof. Vincenzo Diamare, succeduto al Paladino.

Il dott. Ludovico Lipparini, medico condotto di Cutigliano (Livorno), è stato colto da grave malore mentre si recava a visitare un colono ammalato; è stato ricoverato in gravissime condizioni nell'Ospedale di S. Marcello Pistoiese.

È morto a Napoli il prof. VINCENZO SCALESE, docente di patologia chirurgica, apprezzato operatore e valente studioso.

Segnaliamo la morte del prof. sen. marchese EMANUELE PATERNÒ DI SESSA, che ha insegnato chimica a molte generazioni di allievi nelle Università di Torino e di Roma ed ha compiuto studi importanti sulle soluzioni colloidali, sulla fotosintesi, su argomenti varii di stereochimica e di chimica fisica.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

ANNO XLII Roma, 18 Febbraio 1935 - XIII Num. 7

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA

diretto dal Prof. ANTONIO GASBARRINI

Osteoartropatia ipertrofica pneumica di P. Marie. (Varietà Bamberger).

LEZIONE CLINICA del Prof. A. GASBARRINI, diret. raccolta dal dott. G. BASSI, assistente.

Vi presento oggi un caso di notevole interesse pratico.

B. E., a. 55. Il padre del p. morì ad 84 a. di vecchiaia; la madre a 65 a. per una forma durata lungo tempo, caratterizzata da dolori intestinali, diarrea, deperimento gravissimo. Durante tutta la sua vita era sempre stata debole, anemica e frequentemente sofferente per disturbi intestinali. Essa ebbe sei gravidanze a termine. Dei sei figli 3 morirono in 4 giorni per difterite (uno a 4 mesi, uno a 4 ed il terzo a 9 anni). Nulla di particolare nei collaterali. La moglie del p. godè buona salute in gioventù. Un figlio morì a 16 a. per disturbi gastrici, causati, pare, da vermi, gli altri sono sani. La moglie non ha avuto aborti. A 32 a. ammalò di poliartrite acuta, che la condusse a morte dopo pochi mesi: la forma fu dal medico giudicata di natura specifica.

Nato a termine, il p. ebbe allattamento materno ed in parte mercenario, a causa delle precarie condizioni di salute materna. Crebbe sano e robusto. Ebbe pertosse e morbillo, di cui guarì bene. Fino ai 12-13 a. soffrì di geloni, che si estendevano all'avambraccio e duravano fin verso Maggio o Giugno. Le piaghe assumevano talora aspetto gangrenoso, ed il medico dovette più volte intervenire con causticazioni di nitrato d'argento. Non si è mai mosso da Padova e dai suoi immediati dintorni. Ha sempre fatto il contadino. Non ha mai sofferto di malattie vere e proprie, se si eccettua qualche raffreddore nella stagione invernale e qualche imbarazzo gastrico.

Nel Novembre del 1932 il p. cominciò a notare che i piedi di sera erano edematosi; col riposo notturno il gonfiore scompariva e le parti avevano al mattino seguente un aspetto normale. Dopo poco tempo il p. non riusciva più a calzare le scarpe; per ciò si recò dal medico, che prescrisse una cura iodica per *os*. Il p. non aveva allora nè dispnea da sforzo, nè cardiopalmo, non tosse od altri disturbi. Anche la diuresi era normale. La cura non diede alcun giovamento, che anzi in breve l'edema cominciò ad avere durata maggiore, e ad estendersi anche verso l'alto, colpendo gli arti inferiori bilateralmente, fino a metà del polpaccio. Al gonfiore si associò anche dolore (alle articolazioni del collo del piede), che scompariva col riposo. La pelle era rossa, calda, dava senso di bruciore e sudore abbondante. La deambulazione risultava alquanto ostacolata dal peso degli

arti, tantochè il P. doveva soffermarsi, per riposare, assai spesso. Perdurava da circa due mesi questo stato di cose, quando, anche a carico delle mani, cominciò a comparire un ingrossamento, prevalente a destra, che si andò man mano accentuando. Anche a carico di questi segmenti il riposo notturno determinava un'attenuazione dei disturbi. Col tempo il gonfiore si estese anche ai polsi e lungo gli avambracci (fino alla metà inferiore). Il gonfiore non si accompagnò mai, nè a dolori, nè a senso di freddo. Il P. afferma che tanto i malleoli, quanto i polsi e le mani erano, prima di 5 mesi or sono, perfettamente normali, e nota attualmente che anche al mattino, quando cioè il gonfiore è minimo, la parte inf. dell'avambraccio, le mani, le gambe ed i piedi sono notevolmente più voluminosi di quanto non fossero in passato. Esiste una profusissima sudorazione a carico delle estremità, ma il P. afferma di aver sempre sofferto di tale disturbo. In questi ultimi mesi il P. ha dovuto sospendere ogni attività, perchè l'ingrossamento delle mani gli impediva di compiere i movimenti necessarî. La forza pare sia diminuita. Da un mese o poco più è cominciato a comparire un ingrossamento anche a carico dei gomiti, molto più spiccato a d., con limitazione del movimento di estensione dell'arto, movimento che, se viene un po' sforzato, provoca dolore. Altri disturbi non si sono accompagnati a queste tumefazioni degli arti, che non hanno subìto alcun cambiamento di colore. Non disturbi visivi, nè della masticazione. Il P. non sa dire se abbia o no mai avuto febbre, non avendola misurata. Mai cefalea o vomito. Appetito ed alvo normali. Il P. è stato forte bevitore, modico mangiatore e fumatore. Nega lues ed altre malattie veneree.

Ricoverato in questa Clinica, ne fu dimesso il 13 Luglio dello scorso anno. Egli afferma che le sue condizioni fino all'Ottobre u. s. si sono mantenute invariate. In questa epoca lasciava frequentemente il letto, avendo però a notare che se la permanenza in piedi si prolungava, i suoi disturbi ed il gonfiore, alle gambe ed ai piedi, nonchè agli avambracci, aumentavano, per diminuire con un nuovo riposo in letto. Da Ottobre, con l'inizio della stagione fredda, il P. ha avvertito un notevole peggioramento nelle sue condizioni. Ai primi di Novembre del 1933 ha cominciato a notare un gonfiore nella regione mammaria di d. Da questa epoca il P. prolungò ancora la sua permanenza in letto durante la giornata, e dopo un po' di giorni i dolori diminuirono. Asserisce che la diuresi, sia nei periodi di peggioramento, che in quelli di remissione, si manteneva press'a poco invariata. A metà Dicembre il P., approfittando del suo apparente miglioramento, cominciò di nuovo ad alzarsi, ma di lì a pochi giorni fu di nuovo costretto al letto per tutta la giornata, essendo aumentati notevolmente gli edemi alle regioni suddette. In tal modo essi diminuirono fin quasi a scomparire del tutto, ed ai primi di Gennaio, le sue mani avevano aspetto normale. Soltanto il gonfiore dei ginocchi è rimasto sempre invariato, anche nei periodi di remissione. Ad una nuova ripresa della stazione eretta, seguì in breve una ricomparsa dei disturbi, e di nuovo il P. dovette rimettersi a letto. In quest'epoca, e per la prima volta, l'infermo ha notato la comparsa di un gonfiore delle palpebre (più spiccato a d.) ed una sensazione di pesantezza al capo. Anche questa volta non vi furono modificazioni, almeno grossolane, della diuresi. Mai cefalea. Dallo scorso anno il malato ha notato una progressiva diminuzione del visus; non ha mai avuto diplopia. Dopo le recenti ricadute, il P. ha cominciato ad avere, due o tre volte la settimana, degli accessi di soffocazione, specie durante la notte, che l'obbligavano alla stazione semiseduta nel letto. Gli attacchi duravano in genere due o tre ore, poi spontaneamente cessavano. Nella stessa epoca il P. divenne tossicoloso, emettendo con la tosse scarsa quantità di escreato muco-purulento ed accusando nello stesso tempo senso di oppressione nella regione mediana anteriore del torace. Mai dolori nelle parti laterali, mai singhiozzo; in questi ultimi tempi è però comparsa una certa difficoltà alla deglutizione dei solidi. In 14 mesi di malattia il P. è diminuito di 14 Kgr.

Il P. ha aspetto di persona alquanto sofferente; giace preferibilmente in posizione semiseduta. Esiste una lieve dispnea (22 atti al m'). Stato di nutrizione alquanto scaduto. Le mucose visibili mostrano una lieve cianosi su fondo pallido. A carico della cute si rileva una discreta succulenza dei tessuti declivi (reg. poster. del dorso). Muscoli ipotonici ed ipotrofici. A carico del capo si notano: modesto turgore delle vene temporali, bilateralmente, spiccata tumidezza delle palpebre sup. (specie della d.); leggiero ectropion, scolo quasi continuo di un liquido vischioso e biancastro dalle due rime palpebrali; iniezione delle congiuntive (specie a d.). La pupilla di d. si presenta talvolta più ampia della sin. Normale la reazione alla luce ed accomodazione. Nulla a carico della bocca, all'infuori del rilievo di una dentatura, in parte guasta.

Il collo appare tozzo, tendente al tipo proconsolare. Le vene laterali sono turgide, non si svuotano durante gli atti del respiro. Non si avvertono pulsazioni al giugulo. Nelle regioni laterali del collo non si palpano ghiandole.

Per quanto si riferisce all'apparecchio linfoghiandolare: linfomi di volume e consistenza maggiore della norma a carico dei due inguini.

A carico dell'emitorace d., nella sua parte post. si nota una maggiore rilevatezza, specie verso la base, ove si osserva un netto rientramento intercostale durante l'inspirazione; la regione interscapolo-vertebrale di d. è parimenti più rilevata della s., così pure la parte ant. della metà d. in rapporto ad un infiltrato edematoso del connettivo sottocutaneo, con maggiore accentuazione nella regione mammaria di d.

Alla percussione nulla a carico dell'emitorace di s. A d. il suono si va smorzando dall'alto al basso, divenendo ottuso verso l'angolo della scapola, e rimanendo tale fino alla base. Lo stesso reperto di progressiva ipofonesi, fino ad ottusità, si rileva anteriormente.

Nulla all'ascoltazione a s. A d. diminuzione del respiro nelle due fosse infraspinose; netto soffio bronchiale su tutta la zona ipofonetica e di ottusità (specie lateralmente). Non triangolo di Grocco. Nettamente trasmessa la voce bisbigliata.

Su tutta la regione già descritta, come sede di alterazione del respiro e del normale suono di percussione, si ha abolizione del f. v. t.

Esame radiografico del torace: Versamento pleurico con livello un po' mobile all'altezza della terza costa, anteriormente. In sede ilare destra: un'ombra densa, di sospetta natura mediastinica atipica, della quale si possono malamente analiz-

zare i caratteri e lo sviluppo, perchè in gran parte mascherata dall'ombra del versamento.

Cuore: nulla di anormale all'ispezione ed alla palpazione. Percussoriamente non si riesce a determinare il margine sup. dell'ottusità epatica per la presenza di una zona ottusa alla base del polmone destro. Il fascio vascolare misura al 2° spazio 10 cm. All'ascoltazione nulla di anormale, se si eccettua una certa opacità dei toni su tutti i focolai. Non si percepisce pulsus differens. Manca il polso paradosso di Kussmaul. All'infuori di una certa tachicardia (108 al m'), nessun segno rilevabile di compromissione del vago, e del simpatico.

Il riflesso del Dagnini dà risultato positivo (da 108 a 96 pulsaz. al m').

Pressione arteriosa (RR.): braccio d.: Mx. 105, Mn. 65; braccio s.: Mx. 115, Mn. 67.

Riferisco i dati dell'oscillometria:

Braccio d.:			Braccio s.:		
	170	2		170	1 ½
	140	5 ½		140	2 ½
	120	10		120	7
	100	13		100	10
	80	13		80	11
	70	8		70	8
	60	6		60	6
	50	4		50	5
	40	3		40	3
	30	2		30	2

Per quanto riguarda l'esame del mediastino, si deve notare il già descritto turgore delle vene del collo con direzione della corrente dall'alto al basso.

Alla percussione: smorzamento del suono retrosternale, più evidente nella regione laterale dello sterno, ove il suono è nettamente ottuso. Nulla di notevole all'ascoltazione. Non segno di Schmidt. Non trasmissione della voce bisbigliata lungo la colonna vertebrale oltre la terza vertebra toracica. Con l'ascoltazione si apprezza il caratteristico rumore di « glu-glu » durante la deglutizione, sia anteriormente che sulla colonna.

L'otorinolaringoiatra ha dettato il seguente referto: ugola leggermente deviata a d., ipoestesia diffusa della parete posteriore faringea, dei pilastri e del velopendolo. Funzionalità laringea normale.

Addome pianeggiante con spiccato reticolo venoso nella parte alta e laterale di d. La corrente venosa ha direzione dall'alto al basso. Varie chiazze ecchimotiche, della grandezza di una moneta da due lire, si notano sulla cute dell'addome e del torace. Nulla a carico della palpazione. Non segni di versamento libero nel cavo addominale. Il fegato deborda di circa un dito dall'arco costale; la milza è in sede.

Arti: si nota una notevole sproporzione di volume fra avambraccio e braccio. L'avambraccio di d. è notevolmente aumentato di volume. La cute sovrastante è tesa e lucida; al termotatto leggermente più fredda delle altre parti del corpo, difficilmente sollevabile in pliche. Comprimendo, permane un'impronta piuttosto persistente. Caratteri uguali, ma meno netti, all'avambraccio s. Il fenomeno è ancor meno evidente a carico delle braccia, specie a s. Il dorso della mano d. è notevolmente edematoso, e la cute presenta gli stessi caratteri già descritti all'esame dell'avambraccio.

Le dita di ambedue le mani sono ingrossate (specie a d.), soprattutto verso le ultime falangi, che offrono nel loro aspetto la forma di salcicciotto. Le unghie sono foggiate a vetrino da orologio. I movimenti attivi delle articolazioni delle mani, dei polsi e dei gomiti, come dei piedi e delle ginocchia, sono ridotti, e nei tentativi di manovre passive si risveglia dolore.

A carico degli arti inferiori l'aspetto della cute è analogo a quello descritto per i superiori. Le ginocchia si presentano gonfie, la pelle sovrastante è un po' più tumida, più scura e leggermente più calda delle parti circonvicine. Leggero senso di fiotto con la palpazione bimanuale dell'articolazione. Ai piedi si nota un lieve edema sul dorso, ove la cute presenta chiazze pigmentate, alternate con chiazze più chiare. Le ultime falangi sono a bacchetta di tamburo; le unghie a tipo di vetrino da orologio.

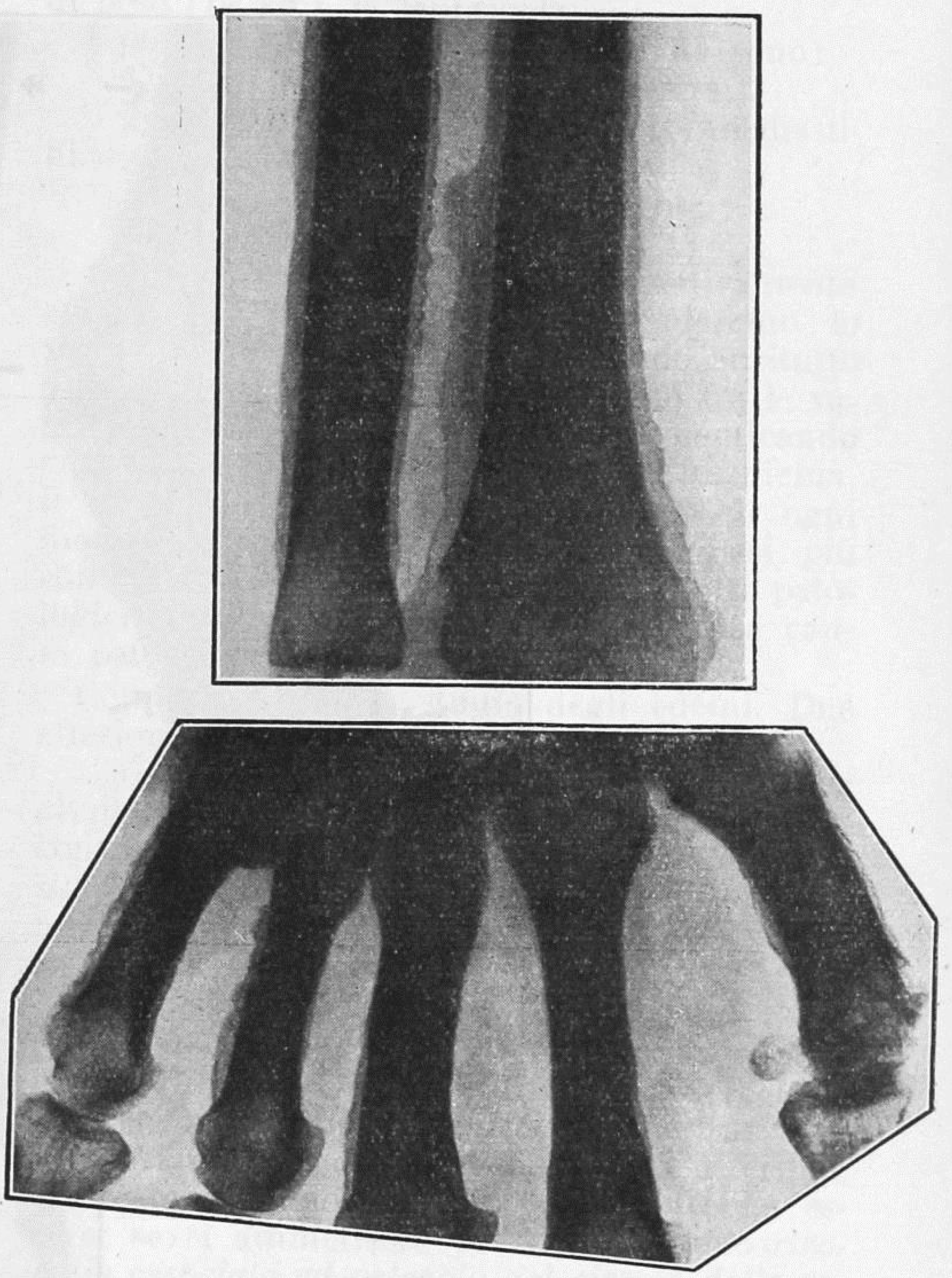


FIG. 1.

Esame radiografico delle ossa. — *Cranio*: base normale, regolare il profilo della sella turcica. Bacino: nulla di anormale.

Arti. Avambraccio: normale lo sviluppo; minore la densità ossea; evidente la struttura trabecolare dell'epifisi. Il radio e l'ulna sono circondati per tutta la loro lunghezza da un manicotto di reazione periostea, particolarmente marcata alla metà inf. delle due ossa (v. fig. 2). Esso è caraterizzato dalla presenza di un festone, che mentre nell'ulna ha un andamento regolare, nel radio varia sensibilmente di spessore (da 2 a 4 mm.). In certi tratti la festonatura sembra far corpo con la compatta, mentre in altri tratti è nettamente divisa da

questa per mezzo di una sottile linea trasparente. La sua densità è spiccata, e qua e là di tinta ossea, ma discretamente uniforme nelle regioni, ove lo spessore è uguale. Nei tratti, invece, che presentano un margine esterno irregolare, si notano aree di stratificazione longitudinale più dense verso l'osso ed attenuate alla periferia. Lo stesso aspetto, meno accentuato, ai metacarpi ed a molte falangi e falangine (v. fig. 1).

Spalle: piccola reazione periostea al margine

Nulla a carico del sistema nervoso.

Diarî. — Il 13, 16, 18 Gennaio e 16 Febbraio, sono state praticate delle toracentesi, estraendo rispettivamente cc. 2250, 1250, 750, 750 di liquido. Dopo l'estrazione, sono comparsi degli sfregamenti a carico delle zone, ove si udiva il soffio bronchiale ed i rientramenti intercostali si sono fatti ancora più netti.

Il 20 Gennaio si estrae dal ginocchio s. cc. 40 di liquido, una parte del quale è stato iniettato

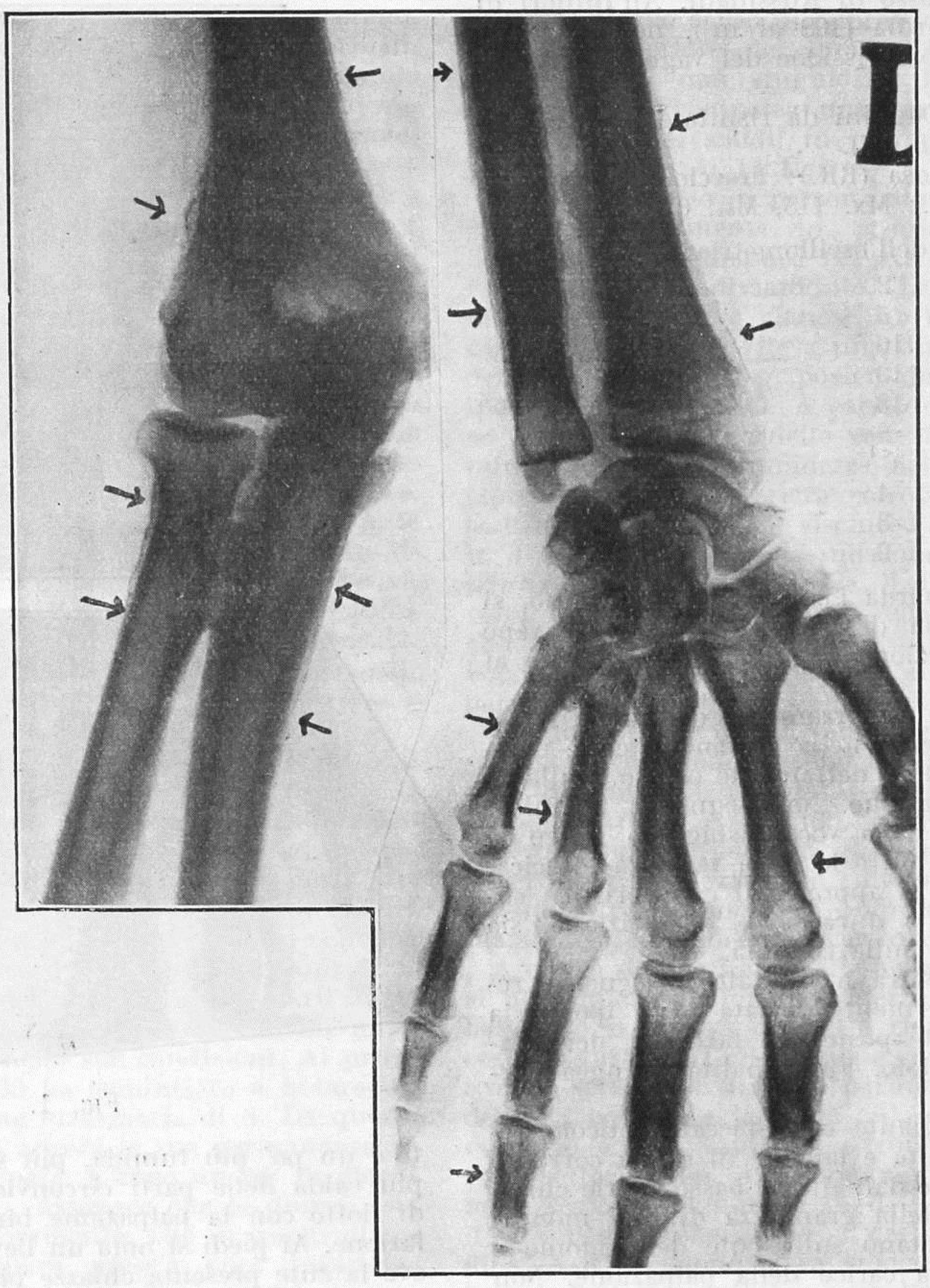


FIG. 2.

sup. estremo laterale della clavicola d. Gli omeri dimostrano un sottilissimo festone alla metà inf., nettamente separato da una tenue linea trasparente, dal profilo stesso dell'omero. Interessata anche l'epifisi distale (v. fig. 1).

Arti inferiori: evidente la reazione periostea di tutto il perone; dimostrabile, invece, a carico delle tibie, soltanto nella metà inferiore.

Piedi: marcata la reazione periostea con i soliti caratteri, al V metatarso. Sottile linea densa, separata dalla solita striscia trasparente, nei primi metatarsi (v. fig. 3).

In tutte le ossa esaminate, le lesioni sembrano arrestarsi all'altezza della regione meta-epifisaria.

in una cavia, che non presenta a tutt'oggi alcun disturbo.

Una terapia di Tachidrolo ha nettamente aumentato la diuresi, riducendo gli edemi ed il turgore venoso.

Sospeso il tachidrolo per due giorni, sono ricomparsi gli edemi, come oggi voi vedete, e si è andato riformando il versamento nel cavo pleurico.

Il P. ha fatto anche una cura iodica, e ricostituente.

Per tutta la degenza in Clinica è stato febbrile (37°-37°,5).

E veniamo agli esami speciali.

Nelle urine: traccie lievi di albumina; urobilina 1:7; nulla a carico del sedimento.

Sangue: gl. r. 3.840.000; Hb. 68; val. glob. 0,89; gl. b. 14.700, di cui 11 sono linfociti, 7 monociti, 4 eosinofili, 79 neutrofili.

Reazione di Wassermann: negativa.

Cutireazione alla tubercolina: debolmente positiva dopo 48 h.

Metabolismo basale: tipo 1435, accertato 2089, eccesso 45 %.

Acido urico nel sangue (Met. Benedict): 3,15 %; acido urico nelle urine (Ruhemann): 0,30 %; cal-

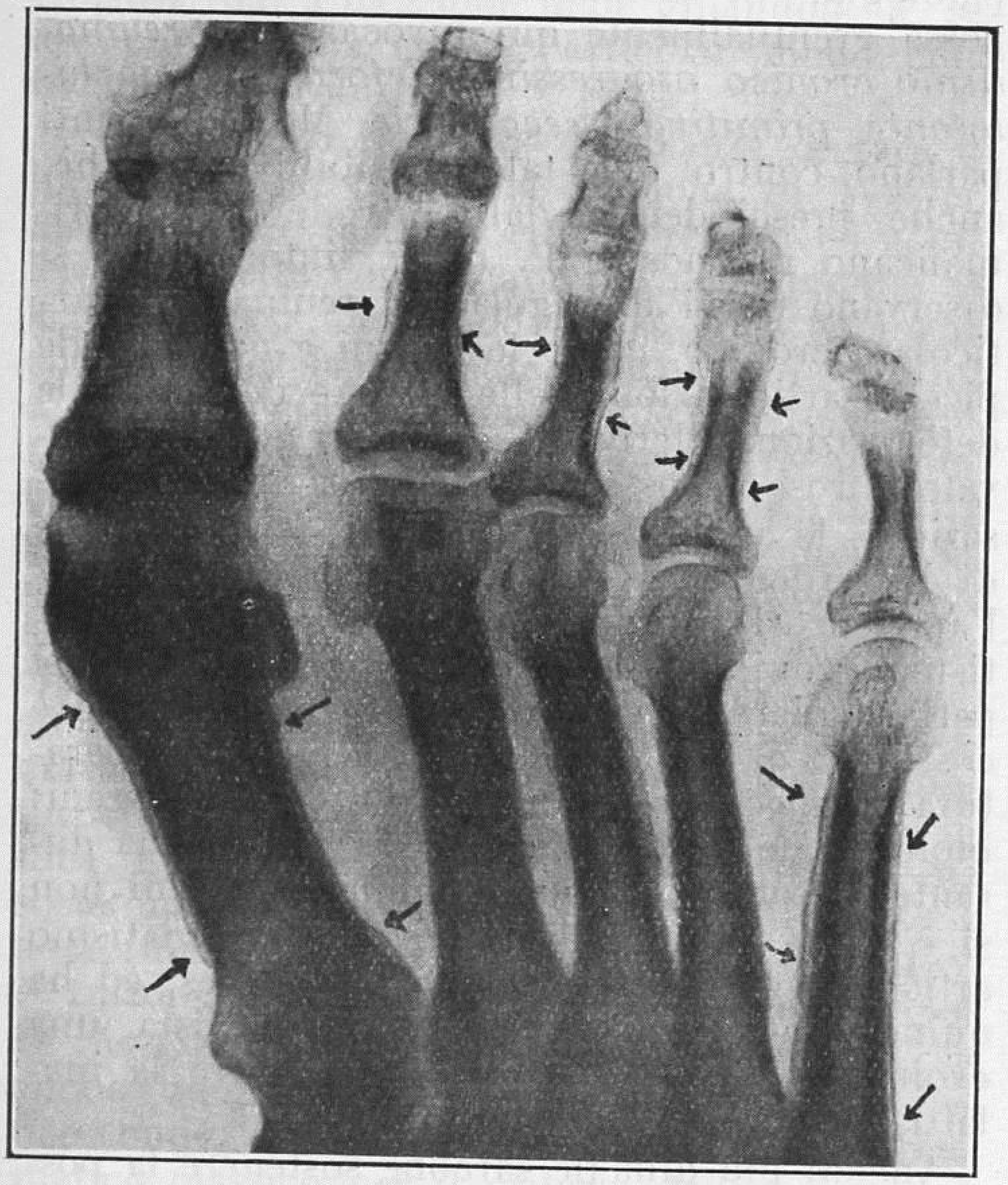


FIG. 3.

cemia (sul siero, a digiuno): mmgr. 10 %. La curva glicemica, partendo da un valore a digiuno di 0,81 ‰, dà, dopo 1 h. e mezza, 1,89 ‰, e dopo 3 h., 2,19 ‰.

Gli esami praticati sul liquido pleurico, estratto mediante paracentesi, hanno dato i seguenti valori medî: P. S. da 1010 a 1030; albumina: 20-24 ‰; colore costantemente giallo-citrino; Rivalta: debolmente positiva. Nel sedimento: linfociti in discreta quantità.

Il liquido estratto con puntura dall'articolazione del ginocchio sin. offre i seguenti caratteri: citrino, filante, leggermente opalescente, coagula in breve, con formazione di grossolano ed abbondante reticolo. All'esame citologico: cellule di tipo macrofagico-istiocitario, qualche cellula linfoide, rarissimi polinucleati, voluminose goccie di grasso, libere.

Come avete sentito, la storia del P. è molto complessa, ricca di dati che, insieme con quelli forniti dall'obbiettività, riassumeremo brevemente, prima di intraprendere la discussione del caso clinico. I fatti anamnestici più notevoli si riferiscono all'insorgenza recente di quei disturbi che hanno costretto l'infermo a venire nuovamente da noi. Intendo dire: l'edema palpebrale, il continuo peso al capo, il turgore delle vene e l'edema a mantellina da lui notato, l'oppressione sulla regione mediastinica, gli accessi di soffocazione, la tosse, la lieve disfagia, i dolori e la limitazione di movimento degli arti, la cospicua diminuzione di peso (14 kg.), la febbricola.

I punti più salienti dell'obbiettività sono:

1) il versamento pleurico di destra;

2) i segni dell'interessamento mediastinico;

3) le manifestazioni artropatiche;

4) i segni di osteopatia.

Sulla base di tali rilievi, rispettivamente anamnestici ed obbiettivi, intraprenderemo lo studio diagnostico del caso, tentando anzitutto di indagare sui rapporti che esistono fra le varie manifestazioni morbose; non dimenticando cioè che è canone fondamentale in medicina, il cercare di stabilire a fondamento di ogni manifestazione morbosa, anche nei casi più complessi, una interdipendenza dei fatti patologici, e di riportare questi ad un'unica causa patogena.

Cominciamo dallo studio degli edemi. Due affezioni possiamo subito scartare e cioè:

a) *una nefrite idropigena a conseguenze uremigene*, una *nefrite senza albuminuria*, contro di cui parla qui la mancanza di uno stato idropico vero e proprio, e delle abituali modificazioni nella quantità e nel peso specifico delle urine;

b) *un edema da lesione del miocardio*, non sostenibile per la negatività del reperto cardiaco. D'altra parte, gli edemi nel nostro P. hanno una distribuzione circoscritta, contraria all'ipotesi di una causa generale, ma riferibile piuttosto a stimoli locali, come potrebbe essere, se si ammettesse ad es. una *osteoartropatia associata ad ostacolo del circolo della vena cava superiore*. Quest'ultima possibilità deve essere attentamente vagliata, considerando i rapporti che tale vaso assume col mediastino, e tenendo presente che il nostro infermo è certamente portatore di una compromissione mediastinica. Quale può essere qui la causa in giuoco nella determinazione della sindrome in parola?

L'obbiettività parla sicuramente contro un *versamento pleurico*, di cui non esiste alcun segno fisico. Non abbiamo elementi per sostenere una *mediastinite callosa*. Scartiamo la possibilità di un aneurisma dell'aorta, per la mancanza di soffi sul focolaio aortico e del sintoma di Oliver e di Cardarelli. Un'ipotesi che va tenuta in seria considerazione riguarda l'esistenza di un *echinococco del mediastino*, a cui potrebbe farci pensare l'eosinofilia. Ammettendo tale concezione diagnostica, si potrebbe fino ad un certo punto spiegare anche il decorso della malattia, evoluta in un primo tempo (durante l'accrescimento della cisti) con

segni graduali di compressione mediastinica, indi con manifestazioni più notevoli, quasi tumultuose, come si può osservare ove la cisti stessa subisca un'infezione secondaria e suppuri. In tale caso, tuttavia, i sintomi sono assai più gravi, e difficilmente gli infermi riescono ad evitare complicazioni ad essi fatali. La mancanza di una splenomegalia, il reperto negativo di ghiandole tumefatte nelle comuni stazioni, l'assenza di una curva termica caratteristica, sono tutti elementi, che parlano decisamente contro un *linfogranuloma* a *sede mediastinica*, alla cui possibile esistenza dovete tuttavia pensare in ogni caso, ricordando come non di rado tale malattia prediliga localizzarsi al mediastino, il quale può anzi rappresentare l'unico centro di compromissione ghiandolare di tutto il sistema linfatico. Finalmente, il decorso stesso della malattia, la mancanza di gangli tumefatti durissimi ed a carattere infiltrativo, ci fanno escludere la possibilità di un *linfosarcoma* o di un *sarcoma linfoghiandolare*. Vi ho esposto rapidamente queste ipotesi, non tanto per la necessità, nel nostro caso, di giungere ad una diagnosi per via di eliminazione, quanto per abituare la vostra mente al bisogno di indagare sempre nella ricerca delle cause morbose, facendo corredo di tutte le vostre cognizioni di patologia, senza accontentarsi mai di una diagnosi direttamente posta, e non di rado, in simili circostanze, accettata per la valutazione di uno solo o di qualche sintoma, che molte volte costituisce un troppo fragile elemento diagnostico. Non così nel nostro infermo, ove noi siamo, direi, quasi tenuti in via di obbligo ad imperniare la discussione della sindrome mediastinica sullo studio del liquido che abbiamo estratto, mediante puntura dal cavo pleurico. Tale liquido, per i suoi caratteri fisici, chimici e citologici, si può classificare a cavallo fra un essudato ed un trasudato. D'altra parte, il liquido si è riformato con una notevole sollecitudine dopo l'estrazione, e voi sapete che un simile rapido riprodursi deve essere messo in conto, il più delle volte, di uno stato compressivo a carico della vena azigos. La natura mediastinica del versamento è denunciata anche dalla notevole diminuzione dell'inceppo nel circolo della cava dopo lo svuotamento della raccolta. E siccome l'indagine radiologica tende ad escludere la presenza di liquido in altre parti, mentre non denuncia esiti di lesione mediastinica, così dobbiamo ammettere che *una mediastinite* vera è propria sia qui in giuoco, e che sia essa stessa responsabile dell'intoppo alla circolazione superficiale.

Voi ricordate, tuttavia, come noi abbiamo poco fa discusso la possibilità di un'alterazione del mediastino, imputabile a lesioni di tipo calloso: riprendendo ora a considerare tale ipotesi, dobbiamo prospettarci il problema della etiopatogenesi di questa mediastinite, non callosa, quindi, ma a tipo essudativo. E siccome il nostro infermo presenta un'affezione, che compromette l'apparato osseo ed articolare, dobbiamo domandarci se per avventura non esista un nesso fra questa e la lesione del mediastino, entrando così a discutere direttamente la diagnosi di natura dell'osteoartropatia. Vi dico subito che l'introdurre nella discussione del caso quest'ultimo quesito, significa addentrarci in un campo di incertezze, inquantochè le artropatie croniche rappresentano uno dei capitoli più indeterminati della patologia. Ci domandiamo, pertanto, se non possa eventualmente qui invocarsi *un reumatismo cronico progressivo, deformante, anchilosante, primitivo o secondario*. Molti elementi parlano contro una tale possibilità, giacchè, anche prescindendo dalle atrofie muscolari, mancano nel nostro P. molti sintomi, che si osservano quasi di regola nel reumatismo articolare cronico, come le lesioni a carico delle piccole articolazioni delle mani e dei piedi, le deformazioni, derivanti dalla presenza di travate fibrose ed ossee; da dislocazioni o sublussazioni, le anchilosi, le nodosità caratteristiche di Heberden e di Bouchard, le retrazioni dell'aponeurosi palmare nella varietà di reumatismo cronico fibroso della mano; la flogosi periarticolare, il cui segno più caratteristico è costituito da un aumento locale della temperatura cutanea; mancano i prodotti osteofitogeni; inoltre, tale forma morbosa si accompagna durante la sua evoluzione a febbre, che qui non si è avuta, infine, il decorso del reumatismo articolare cronico si compie a poussées, ed ha quindi, anche sotto questo punto di vista, una evoluzione diversa da quella che offre la malattia del nostro infermo.

Ancora più difficile sarebbe sostenere la possibilità di *un reumatismo articolare vero*, contro di cui depongono e la mancanza di alte temperature, di poussées reumatiche e di lesioni ossee concomitanti.

In un'età abbastanza avanzata della vita si deve sempre sospettare, in casi analoghi a questo, *una forma articolare su base discrasico-gottosa*. Nel caso particolare escludiamo, tuttavia, una simile sindrome per le seguenti ragioni: anzitutto la *gotta* (caratterizzata, come sapete, da alterazioni articolari a tipo essudativo, cronico, a cui si sovrappongono disturbi ad evoluzione egualmente cronica delle borse sierose), si stabilisce in soggetti costituzionalmente tarati, nei quali figura il carattere diatesico eminentemente famigliare, ed un abito morfologico megalosplancnico. Inoltre molto spesso è in giuoco un fattore che qui fa assolutamente difetto, vale a dire, l'influenza, sicuramente dimostrata in quasi tutti i casi di gotta, di disordini alimentari. D'altra parte, anche i disturbi gottosi presentano nella loro evoluzione un caratteristico andamento a poussées acute, pur avendo la malattia un decorso squisitamente cronico. Nel nostro P. poi mancano i tofi, tipica espressione della sin-

drome in parola; le articolazioni dei piedi (sempre compromesse nella gotta) sono qui del tutto indenni; fanno, infine, difetto le manifestazioni abarticolari dei gottosi, quali le alterazioni vasali, gli eczemi, ribelli ad ogni terapia sintomatica, le nevralgie, i segni di una calcolosi renale, la sindrome iperuricemica (nel nostro infermo il ricambio purinico non appare affatto alterato).

L'assoluta integrità del sistema endocrino ci fa qui scartare con facilità l'ipotesi di un'artropatia da alterazione delle ghiandole a secrezione interna ed in particolar modo della tiroide (*ipotiroidismo*).

Nello stesso modo la mancanza di tare di lues, la negatività della reazione di Wassermann, la presenza dei riflessi rotulei ed achillei, il perfetto comportamento delle pupille alla luce ed all'accomodazione, sono elementi che parlano decisamente contro la possibilità di *un'artropatia neuropatica* (da pregressa infezione sifilitica, come è dato osservare nella tabe. Ed eccoci trasportati in un capitolo di patologia molto discusso, quale è quello dei *pseudoreumatismi infettivi*. Tale dizione fu coniata dai vecchi AA. ad esprimere un concetto che non trova più oggi l'approvazione degli studiosi, giacchè, mentre una volta si chiamava pseudoreumatica ogni malattia o sindrome articolare, avente una sintomatologia clinica uguale a quella del vero reumatismo, ma sostenuta da una causa patogena differente e nota (mentre, come sapete, il virus reumatico è tuttora ignoto), oggi la definizione riposa non solo sul reperto dei sintomi, ma ha anche un substrato morfologico e patogenetico, onde, differendo soltanto dal quadro reumatico classico per il criterio dell'etiologia, è venuto a cadere la necessità di mantenere il termine di pseudoreumatismo e si è dato a queste forme il nome più esatto di reumatismo, unendo ad esso l'attributo « infettivo ». E siccome si conoscono gli agenti etiologici, che possono provocare tali forme morbose, così si parla di reumatismo cronico luetico, gonococcico, streptococcico, tubercolare, a cui va aggiunto il morbo di Stilì, che, come vedremo di qui a poco, non ha ancora una sicura etiologia. Le forme, invece, sostenute da un agente etiologico ignoto, sono indicate col solo attributo generico di « infettivo ».

Abbiamo detto più sopra che il nostro P. non è un luetico, scartiamo quindi la possibilità di un *reumatismo cronico di tale natura*. Non crediate però che tale esclusione sia sempre così agevole: ciò deriva soprattutto dal fatto che il capitolo del reumatismo cronico luetico è sempre in attesa di una sistemazione definitiva. Le molteplici classificazioni proposte da varî AA., sono avvolte da non poche incertezze.

Ricorderete che la localizzazione articolare del virus luetico può realizzare ora una semplice *artralgia*, ora, invece, la flogosi di un'articolazione, isolatamente (*monoartrite*) o di più giunture (*poliartrite*); in altri casi *un'artrite deformante*, od infine, per la sua fissazione unicamente alla colonna vertebrale, una *spondilite*. Radiologicamente sono possibili tre varietà di reumatismo cronico luetico, e cioè:

a) una forma di *osteoartrite proliferativa*, caratterizzata da ispessimenti periostali ed osteofitici a sede epifisaria, più di rado a livello delle cartilagini articolari;

b) un'*osteoartrite rarefacente* (e l'attributo spiega assai bene il reperto in simili casi);

c) un'*osteoartrite distruttiva*, che si accompagna a gravi processi di distruzione dei varî elementi articolari, e che può non di rado essere confusa col tumore bianco.

Molti argomenti parlano qui contro la possibilità di un *reumatismo articolare cronico gonococcico*: anzitutto nel nostro P. le lesioni interessano non tanto le articolazioni vere e proprie, ma piuttosto i tessuti periarticolari, ed offrono, più che un aspetto essudativo, il tipo produttivo. Poi va ricordato come la forma in parola dia con grandissima frequenza anchilosi invincibili delle parti colpite, mentre qui il giuoco delle giunture, affette già da lungo tempo, è ancora liberissimo. Il reumatismo gonococcico comporta dolori assai vivi nei punti colpiti, che qui sono costantemente mancati, e si accompagna, durante la sua evoluzione a febbre e ad algie, che hanno egualmente fatto difetto. Meno importante è il criterio del numero di articolazioni colpite, giacchè, se è vero che il più delle volte si realizza una monoartrite od una oligoartrite, vi sono dei casi, nei quali più di una grande articolazione può essere affetta dal processo morboso. Piuttosto dobbiamo qui ricordare che l'anamnesi è assolutamente muta per una pregressa infezione gonococcica, la quale assai difficilmente, ed in specie nell'uomo, può passare inosservata. Una varietà, che potrebbe quanto mai essere qui sospettata, è la poliartrite blenorragica cronica (o *forma nodosa di Fournier*), ma escludiamo anche tale possibilità, sia in base ad alcune considerazioni ora ricordate, che per la netta compartecipazione, in tale forma, dei tessuti periarticolari, per le deformazioni che il processo morboso induce rapidamente nelle parti colpite, e per i notevoli fatti di amiotrofia, a carico delle masse muscolari in rapporto con le giunture affette. Infine, sappiamo che il reumatismo gonococcico, anche in questa sua varietà, offre un andamento a poussées con crisi evolutive, diverso da quello che il nostro P. ha fino ad oggi presentato.

Nessun argomento possediamo in favore di un *reumatismo cronico streptococcico, da infezione focale*, che, secondo vedute affatto recenti, è molto più frequente di quanto comunemente non si creda.

Un'altra malattia, che ha avuto una certa rinomanza ed ha interessato molti AA., in questi ultimi tempi, è il *morbo di Still*, il quale può

definirsi nella sua essenza come una poliartrite cronica progressiva primaria dell'età infantile. Per quanto molti AA., fra cui alcuni autorevoli anche in Italia, come il Micheli, abbiano sostenuta la netta individualità di tale forma, che non deve essere confusa con altre localizzazioni articolari, pure la nozione della etiologia è ancora da acquisire: per i più essa è ignota (tossica od infettiva), per altri, invece, deve porsi in conto di un fattore costituzionale o di un'infezione focale (tubercolosi) o di tossine endogene di origine digestiva o da alterato ricambio (Lorenzini); infine, da non pochi viene considerata una sepsi cronica. Il Micheli pensa che il morbo di Still abbia un'etiologia a sè, specifica, per quanto ancora ignota, di natura infettiva, in base anche allo studio clinico della malattia. È questa caratterizzata anzitutto da manifestazioni artropatiche, nelle quali, accanto a dolori articolari ed all'arrossamento della cute che le ricopre, si apprezza una consistenza pastosa, dovuta a compromissione dei tessuti periarticolari, mentre lievi sono le alterazioni di tipo essudativo. Le tumefazioni articolari (gomiti, ginocchi) sono simmetriche; nel morbo di Still possono essere colpite anche le piccole giunture, come quelle delle mani e dei piedi.

Un altro sintoma caratteristico di questa forma è dato dalla splenomegalia, che raramente manca e che offre tutti i caratteri del tumore infettivo di milza (Still, Micheli, Gamna). Inoltre, accanto alle manifestazioni articolari ed alla splenomegalia, nel morbo in parola si ritrovano, come terzo elemento di diagnosi, delle adenopatie, in prossimità delle articolazioni colpite.

Nel nostro caso escludiamo la malattia dello Still anzitutto per l'età del P., poi per la mancanza assoluta del tumore di milza e del risentimento ghiandolare, infine, per l'assenza di segni di una sepsi cronica, cui va oggi riportato questo morbo (il nostro infermo è apiretico) e soprattutto per il tipo delle lesioni articolari, che non è mai essudativo, ma infiltrativo, fibroso e periarticolare.

Potrebbe allora trattarsi di un *reumatismo tubercolare?* Furono il Grocco ed il Poncet, come sapete, i primi ad osservare questa forma ed a sospettarne l'individualità nosologica. Oggi essa rappresenta una realtà clinica, ben documentata: si presenta clinicamente come una forma comune di poliartrite senza endocardite, in soggetto con terreno allergico, particolarmente sensibile di fronte alla tubercolosi. Tenuto conto delle sue scarse particolarità fisionomiche, non sempre agevole riesce lo scartare tale forma morbosa, alla cui esclusione si giunge peraltro di solito non in via diretta, ma per eliminazione, in base all'esame attento di tutta la sintomatologia degli infermi. Orbene, nel nostro P. l'assenza di tare ereditarie specifiche, la sua costituzione non affatto longilinea, la mancanza di una febbre netta, di dolori articolari notturni (carattere dominante nel reumatismo tubercolare), il risultato della cutireazione che è stato assai debolmente positivo, l'esito negativo dell'iniezione nella cavia di un poco di liquido estratto con puntura da un'articolazione, sono dati nettamente contrarî all'ipotesi di un morbo di Poncet, a favore del quale potrebbero, se mai, parlare la contemporanea esistenza di una pleurite mediastinica e l'inefficacia del trattamento salicilico. D'altra parte, i caratteri del liquido pleurico e l'esito negativo della terapia salicilica, mentre stanno contro il concetto di una forma reumatica, non depongono in via assoluta per l'etiologia tubercolare dell'affezione. Dobbiamo quindi concludere che la natura dell'artropatia, da cui il nostro P. è affetto, resta completamente oscura.

* * *

Ma lo studio del caso non è esaurito: dobbiamo ancora occuparci della distrofia ossea, di cui avete sentito accennare durante l'esposizione dell'obiettività e del reperto radiografico. Passiamo rapidamente in rivista le varie forme morbose che possono essere sospettate, per vedere quale di esse valga a meglio interpretare ed inquadrare tutta la sintomatologia del nostro infermo.

Cominciamo dall'*acromegalia,* sindrome chiara dal punto di vista clinico, anatomico e radiologico: è appunto in base a tali criteri che si è fondata la differenziazione fra acromegalia vera e propria e le sindromi acromegaliche in genere. Sono troppo note le caratteristiche dell'acromegalia, perchè io vi debba ora insistere: mi basterà ricordarvi l'assenza nel nostro infermo di un ampliamento e deformazione delle sella turcica, la mancanza di quel cospicuo ispessimento delle ossa del cranio e della faccia (mandibola), le quali ultime, così alterate, danno agli acromegalici una singolare fisionomia (facies acromegalica), infine, l'aspetto normale della lingua del nostro P. (non macroglossia). Ma anche volendo prescindere dall'assenza di questi dati, e considerare qui l'anomalia della mano sinistra e delle altre ossa, non troviamo punti di contatto fra la sindrome del P. ed il quadro acromegalico; in quest'ultima malattia, infatti, si possono bensì osservare alterazioni della mano (mano acromegalica), ma l'aumento uniforme del suo spessore è legato essenzialmente all'ipertrofia delle parti molli, assai più che alla ipertrofia delle ossa del carpo, metacarpo, falangi, e le produzioni di tessuto osseo sono circoscritte alle estremità terminali delle ultime falangi, che si fanno claviformi per un processo di osteofitosi; qui, invece, è dato da un ispessimento diafisario dei metacarpi, delle falangi e falangine, ad eccezione delle terminali, che non appaiono ingrossate. Le lesioni ossee dell'acromegalia consistono in un aumento nello spessore e nella lunghezza delle coste, della clavi-

cola e dello sterno, mentre sono risparmiate le ossa lunghe degli arti; le lesioni stesse riguardano poi le apofisi ossee, che sono aumentate, la spugnosa, che si ritrova ugualmente esuberante, la corticale, che, al contrario, va incontro ad un'atrofia. Orbene, nel nostro infermo si realizza uno stato esattamente opposto, inquantochè l'anomalia delle ossa ha a base una irregolare produzione di lamelle ossee corticali, di origine periostea.

Un'altra malattia, che si accompagna a disturbi trofici delle ossa e che potrebbe fino ad un certo punto dare un quadro morboso simile a questo, è la *siringomielia* (*chiromegalia siringomielica*). Non intendo ora qui entrare in merito alla questione dei rapporti fra sistema nervoso e trofismo delle ossa: mi basta ricordarvi la possibilità di simili alterazioni in tale processo morboso, che, del resto, comporta anche distrofie di altri tessuti, quali la cute ed il sottocutaneo (geloni) e di altri apparati, come quello delle articolazioni e dei muscoli, nonchè disturbi vasomotorî. Tenete, infine, a mente le caratteristiche alterazioni delle mani e dei piedi in tale malattia (mano succulenta di Marinesco, piede succulento di Crocq). Del resto, ad eliminare la possibilità di una siringomielia, sono sufficienti l'assenza assoluta del quadro clinico di tale infermità, (non manifestazioni motrici, ed in particolare non la caratteristica dissociazione delle sensibilità).

Quali argomenti clinici militano in favore di un'*osteite deformante di Paget?* Non il tipo della lesione ossea, costituita da un'osteite rarefacente; non la distribuzione della stessa, riguardante il tratto diafisario delle ossa lunghe, e nemmeno, infine, la sede delle alterazioni, localizzate di preferenza alle tibie, ai femori, che si possono presentare ingrossati, incurvati, deformati, talora alle ossa della colonna vertebrale e del bacino, mai, comunque, a quelle delle mani e dei piedi. È perciò evidente il contrasto col carattere prevalentemente proliferativo dell'osteopatia, presentata dal nostro paziente, che induce un notevole ispessimento delle ossa, circoscritto elettivamente a livello delle epifisi. Inoltre mancano in tale forma alterazioni dei tegumenti cutanei. Infine, anche il decorso della malattia è assai diverso: l'osteite di Paget, infatti, ha un'evoluzione a carattere nettamente progressiva, caratterizzata da dolori vivaci e continui, nonchè da indebolimento crescente dello scheletro, in paragone del decorso, di solito torpido, della sindrome osteopatica del nostro malato, in cui figurano episodi dolorosi periodici, che evolvono, quasi, si può dire, a tappe isolate. Scartiamo perciò tale possibilità.

Rimane a considerare un'ultima forma morbosa: *l'osteoartropatia pneumica di P. Marie.* Scoperta e descritta da questo A. nel 1890 e quasi contemporaneamente dal Bamberger, conosciuta in Germania con il nome di *osteoperiostite ossificante tossigena* (Sternberg), tale sindrome, caratterizzata anatomicamente da un lento processo di osteite e periostite ossificante, che conduce ad ispessimento prevalentemente diafisario di alcune ossa (metacarpo, metatarso, e fra le ossa lunghe, il radio, l'ulna, la tibia, il perone, soprattutto nelle loro porzioni distali). Fra di noi si è occupato di tale quadro morboso il Cagnetto. Nel nostro caso si arriva ad una diagnosi di tale malattia non solo in via di esclusione, ma anche perchè si può notare un combaciamento perfetto fra il morbo di Pierre Marie e la sindrome del nostro infermo. Abbiamo qui la caratteristica manifestazione clinica delle unghie a becco di pappagallo od a vetro di orologio, le dita a bacchetta di tamburo, il cosidetto piede di elefante, che può accompagnarsi a disturbi dei tegumenti, come iperidrosi, eczemi, pigmentazioni anomale. Le ossa del cranio sono in genere risparmiate, e così pure quelle della faccia: ricordate, tuttavia, la possibile esistenza di forme atipiche, quali la *pseudoacromegalica*, descritta dal Micheli, da Schüller, ed altri. Soltanto il naso appare più grosso durante il corso della malattia (osservazione del Peritz), mai si nota macroglossia. Finalmente dobbiamo ricordare come le articolazioni partecipino al processo morboso, dando dolori articolari ai movimenti degli arti, poussées congestizie, impotenza funzionale.

La diagnosi che va posta nel nostro P. è pertanto di *osteopatia ipertrofica pneumica, varietà Bamberger.*

Come sapete, questa sindrome ha subìto con l'evoluzione del tempo e col progredire degli studî, non lievi modificazioni, specie nei riguardi dei limiti della forma morbosa, che sono stati ampliati ed estesi, tantochè vengono comprese, oggi, sotto tale denominazione, molte nuove sindromi, così ad es. l'*ippocratismo digitale* (la cui esistenza in rapporto con affezioni polmonari è stata riconfermata anche recentemente dal Ferrio, Massalongo, Bertolotti ed altri AA.). Il morbo di P. Marie ha sviluppo lento, raramente acuto, nonchè scarsa tendenza alla regressione.

Un rapporto di interdipendenza fra lesioni dell'apparecchio respiratorio e morbo di Pierre Marie fu esattamente posto dagli AA., che per primi descrissero la malattia, ed anche oggi si ammette una forma di osteoartropatia pneumica, derivante da processi broncopolmonari cronici, bronchiti putride bronchiectasie, ascessi del polmone, empiemi, mediastiniti. Oltre a tale etiologia, se ne sono invocate delle altre: così, la tossigena, secondo la quale, la causa delle lesioni andrebbe ricercata in processi purulenti od icorosi, come pure nell'azione di tossici, (ad es. l'alcool); in altri casi, invece, si incolpano i disturbi da stasi circolatoria, soprattutto nei vizî congeniti di cuore. Anche influenze nervose possono esercitare un ruolo patogeno: citiamo i disturbi del sistema nervoso vegetativo, i quali, com'è noto, possono indurre varie alterazioni trofiche, come l'acrocianosi, il morbo di Raynaud, ecc.

Lo stesso dicasi per l'influenza delle ghiandole a secrezione interna, in particolar modo dell'ipofisi e delle paratiroidi. Infine, possono essere molte volte in giuoco, a determinare la sindrome, alcune infezioni, come ad es. la tubercolosi e la sifilide.

Nel nostro caso l'etiologia della forma ci sfugge: anzitutto è difficile poter stabilire la dipendenza fra l'alterazione mediastinica e la forma osteoarticolare, essendo quest'ultima comparsa in ordine di tempo, prima ancora di quella. E neppure della mediastinite siamo in grado di precisare la natura.

D'altro canto, non possiamo invocare l'azione di processi suppurativi, non dimostrabili nel nostro infermo. Quali argomenti possediamo per sostenere un'etiologia luetica o tubercolare, se di entrambe queste malattie non abbiamo alcun segno anamnestico, biologico, obbiettivo?

Sarà allora il sistema endocrino ad esercitare un'influenza causale? Non possiamo sostenerlo con dati di fatto, di fronte all'assenza di qualsiasi segno di patimento dell'ipofisi, della tiroide e delle paratiroidi. Siamo dunque costretti ammettere che altri fattori, oltre quelli abitualmente incriminati, siano a base della malattia di P. Marie, così ad es. uno squilibrio delle ghiandole a secrezione interna, od anomalie del ricambio, agenti come elementi occasionali. Comunque, è onesto riconoscere che, almeno fino ad oggi, le vere cause della forma morbosa ci sono completamente sconosciute.

La prognosi, posta fra l'incertezza della patogenesi, e l'impotenza della terapia, non può essere che riservata ai poteri spontanei di difesa dell'individuo. La cura, ripeto, non può giovarsi di alcun rimedio sicuramente efficace, perchè diretto contro la causa prima del male, e così avverrà purtroppo fino a quando il problema etiopatogenetico della malattia sarà fonte di fervide discussioni.

LAVORI ORIGINALI

Vagotomia destra in un caso di asma bronchiale grave.

Prof. ANGELO CHIASSERINI
Chirurgo Primario degli Ospedali di Roma

Verso la fine dello scorso settembre venne ricoverato nel Padiglione da me diretto all'Ospedale del Littorio un paziente di 29 anni, certo V. D. G. affetto da asma bronchiale, che si era dimostrata ribelle ad ogni cura medica.

L'anamnesi può essere così riassunta: il paziente, che era stato bevitore e fumatore fino a 4 anni fa, è di professione contadino; a 14 anni ebbe influenza; nel 1927 sofferse di malaria; ha avuto blenorragia.

La malattia attuale risale al 1929. A quell'epoca, senza cause apprezzabili, il paziente cominciò a soffrire di crisi dispnoiche, sopratutto verso la sera e durante la notte.

Le crisi, assai spesso molto violente, costringono il paziente ad assumere la posizione eretta; esse durano circa un'ora, sono accompagnate da espettorazione abbondante siero-mucosa; si ripetono con notevole frequenza, talora così spesso da assumere il carattere di male asmatico. Si sono verificate anche delle remissioni di 15-20 giorni; mentre durante la stagione calda la malattia sembra esacerbarsi.

Il paziente ha fatto cure mediche svariate, ma senza successo. Riesce tuttavia ad attenuare la violenza e a diminuire la durata degli attacchi con iniezioni di adrenalina.

È stato ricoverato nel luglio 1933 al VI Padiglione del Policlinico, ove fu riscontrato uno pneumotorace spontaneo.

Dal novembre 1933 al febbraio 1934 è stato curato nella R. Clinica medica di Roma, e durante questo tempo ha subìto anche l'asportazione di alcuni polipi nasali; degente successivamente è stato anche nel Sanatorio di Porta Furba.

Persistendo la malattia in tutta la sua gravità nonostante le molteplici cure, il paziente venne inviato da un medico nel mio Reparto, perchè fosse tentato un trattamento chirurgico.

Obiettivamente il malato appariva in condizioni di nutrizione scadente.

La mucosa delle labbra e la cute del viso erano cianotiche.

Le respirazioni si aggiravano sulle 30 al minuto, l'espirazione era prolungata e rumorosa. I muscoli respiratori ausiliari apparivano attivi.

La percussione del torace dava una risonanza timpanitica; si ascoltavano ronchi e sibili su tutto l'ambito.

L'esame radiologico del torace dava: diaframma destro deformato per pleurite pregressa; grosse ombre ilari; marezzatura a tipo fibroso dei due lobi superiori.

Pressione al Pachon: 125 × 80.

Il paziente nei pochi giorni, che precedettero l'atto operativo, appariva in un vero stato asmatico, che era mitigato solo da iniezioni di adrenalina.

Il 4 ottobre 1394, in anestesia locale, traverso

una incisione sopraclavicolare destra, parallela alla clavicola, venne scoperto e sezionato il nervo vago di destra al disotto del ricorrente.

L'intervento fu un poco indaginoso per la coesistente stasi venosa (il paziente era quasi costantemente cianotico). Scoperto il vago, fu in esso iniettata della novocaina, per evitare i pericoli, che potessero insorgere per le trazioni sul nervo stesso, durante le manovre per mobilizzarlo.

La sezione del vago non provocò modificazioni del polso o del respiro.

Un lieve abbassamento della voce si ebbe subito dopo la iniezione endonervosa di novocaina.

Fin dal 2° giorno dopo l'operazione il paziente ha notato una notevole diminuzione nel numero e nella intensità degli attacchi asmatici.

Il 22 novembre, cioè 18 giorni dopo l'intervento, le condizioni generali del paziente apparivano notevolmente migliorate: la cianosi era scomparsa; nessun attacco si verificava durante il giorno e solo uno durante la notte.

Il giorno 1° novembre, dopo la somministrazione di 50 ctg. di aspirina, si ebbe una ripresa degli attacchi asmatici, per circa 24 ore. Poi scomparsa degli stessi nei giorni successivi sino alla uscita del paziente dall'Ospedale (10 novembre).

Un esame laringoscopico praticato il giorno stesso aveva dimostrato la paresi della corda vocale destra, ciò che corrisponde all'abbassamento della voce osservato sin dal momento della novocainizzazione del vago.

Il paziente è stato riveduto alla fine di novembre: egli dice che ha riavuto altri attacchi, ma non così violenti, nè così numerosi come prima dell'intervento. Persiste l'abbassamento della voce.

* * *

Ho voluto comunicare questo caso, perchè la cura chirurgica dell'asma bronchiale è un problema tuttora all'ordine del giorno: e perchè, se fuori d'Italia gli interventi sono già abbastanza numerosi, in Italia credo siano ancora molto scarsi.

I chirurgi, che iniziarono il trattamento chirurgico dell'asma bronchiale, sono Kümmel, che nel 1923, eseguì la prima simpatectomia cervicale, e Kappis, che nel 1924 fece la prima vagotomia destra cervicale. Successivamente Kümmel in seguito ai fondamentali studi di Braeucker, eseguì, per via intrapleurica, la sezione dei rami bronchiali posteriori del vago (1926).

I dati forniti dalla fisiologia ascrivono al vago la funzione di nervo broncostrittore: era quindi logico che alla sezione del vago si dovesse pensare in quei casi di asma bronchiale grave, che si erano dimostrati tenacemente ribelli alle cure mediche.

Nonostante questo presupposto di ordine fisiologico la sezione del vago, che, per poter essere eseguita per via cervicale al disotto del ricorrente, può farsi solo a destra, ha dato un numero di guarigioni durature piuttosto esiguo: circa il 20 %.

Percentuale, che di poco sorpassa quella ottenuta con la simpatectomia cervicale.

Si sarebbero ottenuti cioè risultati mediocri, e presso a poco analoghi, con interventi su nervi, la cui funzione è considerata come opposta: broncocostrittore il vago; broncodilatatore il simpatico.

Ulteriori ricerche sperimentali di ordine anatomico e fisiologico hanno permesso di spiegare, fino ad un certo punto, queste apparenti contradizioni. Si è visto cioè che fibre broncocostrittrici decorrono non solamente nel vago, ma possono seguire, in proporzione varia, anche la via del simpatico. Bisognerebbe allora sezionare non solo il vago di destra, ma anche resecare il tronco cervicale del simpatico da un lato o da ambedue.

Ed invero Göbel avrebbe ottenuto guarigioni nel 42 % dei casi, e notevoli miglioramenti in un numero altrettanto grande di quei pazienti, in cui aveva eseguito una vagotomia e la simpatectomia cervicale bilaterale.

Ma anche con questo intervento sfuggono alla interruzione quei rami broncocostrittori di origine spinale, che arrivano ai bronchi, via i rami bronchiali posteriori del vago, come ha bene dimostrato Braeucker. Nei pochi casi operati da Kappis e da Kümmel di sezione dei rami bronchiali posteriori si ebbe una completa scomparsa degli attacchi; ma dopo un certo tempo si sono avute recidive anche dopo questo intervento, davvero assai più difficile e pericoloso della vagotomia e della simpatectomia cervicale.

È evidente, che tutte queste operazioni, delle quali solo la simpatectomia può essere bilaterale, lasciano indisturbato un dato numero di fibre broncocostrittrici: donde la possibilità di una recidiva.

Io non intendo entrare nel complesso problema della genesi degli attacchi asmatici; e d'altra parte me ne mancherebbe la competenza; ma non posso non ricordare alcune osservazioni di Danielopulo e Marcou.

Questi AA. parlano di un circolo vizioso broncocostrittore, il quale si stabilirebbe per il fatto che il fattore determinante broncocostrittore eccita i rami centripeti dei bronchi e provoca, traverso i centri, un riflesso anfotropo, con predominanza sul gruppo eccitatore. Ciò esagera la broncocostrizione, e così via.

La efficacia occasionale della semplice vagotomia o simpatectomia dipende da che in alcuni casi questi atti operativi permettono la interruzione di un gran numero di fibre centripete, e quindi dell'arco riflesso.

Secondo Danielopulo e Marcou la cura chirurgica dell'asma bronchiale dovrebbe appunto avere lo scopo di sopprimere il massimo numero di fibre bronchiali centripete, con lo scopo di interrompere l'arco riflesso che tende a mantenere e ad intensificare lo spasmo bronchiale. Ciò si potrebbe ottenere con la vagotomia destra al disotto del ricorrente, associata alla simpatectomia cervicale destra, con sezione del nervo vertebrale e dei rami comunicanti provenienti dal ganglio stellato, conservando però questo. Se l'intervento si dimostra insufficiente, conviene, in un secondo tempo, eseguire la simpatectomia cervicale sinistra.

Nel nostro paziente, in cui la vagotomia destra ha portato un notevole miglioramento, ma non la guarigione, intendiamo eseguire anche la simpatectomia cervicale.

Dicembre 1934.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce brevemente su di un caso di asma bronchiale grave e ribelle alle cure mediche, nel quale, con la vagotomia destra, si è ottenuto un notevole miglioramento.

RIVISTE

Anisocoria ed appendicite.

Dott. DIEGO D'AMICO (Palermo).

La diagnosi di appendicite non presenta, in genere, serie difficoltà pratiche.

Esistono tuttavia dei casi in cui la possibilità di errori diagnostici, può portare ad inutili, se non dannosi, atti operativi. Non è quindi da meravigliarsi se, numerosi autori si sono occupati della ricerca di sintomi nuovi, di punti dolorosi, di riflessi dolorifici, ecc., tali da poter meglio indirizzare — nei casi dubbi — ad ammettere o escludere una forma appendicolare.

Uno dei segni su cui numerosi autori hanno recentemente insistito è *l'anisocoria con midriasi attiva della pupilla destra*, sintoma osservato per la prima volta da Moschowicz e studiato dal Buchmann, e dal Rabboni, dallo Scotti ed ora dal Cobellis.

Il Buchmann ha osservato circa 3500 casi di appendiciti croniche riscontrando l'anisocoria con midriasi dell'occhio destro nell'88 % circa dei casi di appendicite cronica nei quali poteva, beninteso, escludere altre affezioni dolorose in cui si può avere midriasi (apparato respiratorio, sistema nervoso, ecc.); nell'altro 6 % ha riscontrato midriasi attiva dell'occhio sinistro e, nel rimanente 6 %, non ha riscontrato invece alcuna disuguaglianza pupillare.

Lo Scotti, ha ripreso l'argomento portando la sua osservazione tanto sulle appendici acute quanto sulle subacute che sulle croniche, ed ha riscontrato positivo, il segno dell'anisocoria con midriasi a destra, nel 40 % dei soli casi di appendicite cronica.

Il Rabboni, infine ha studiato 112 casi comprendenti l'appendicite cronica allo stato iniziale, quella che ha già dato il quadro della sindrome addominale destra e l'appendicite acuta. Di questi casi, solo in 63, ha riscontrato anisocoria con midriasi attiva della pupilla destra, mentre nei rimanenti casi trovò perfetta eguaglianza pupillare, tranne che in 5 casi in cui vi era anisocoria con midriasi della pupilla sinistra.

Fra i 63 casi (60 %) nei quali il sintomo era stato positivo, esistono alcuni casi di appendicite acuta, onde il Rabboni fa rilevare che il suddetto sintomo è presente, non soltanto nella infiammazione cronica dell'appendice in cui era stata, soltanto, riscontrata (Bauchmann) ma anche in quella acuta.

Varie sono state le ipotesi per spiegare i fondamenti fisiologici e, sopratutto, anatomici onde comprendere le ragioni della midriasi attiva dell'occhio destro.

Il Buchmann imposta la sua teoria sul seguente ragionamento: È noto che la dilatazione attiva della pupilla è una delle funzioni del sistema nervoso simpatico e dipende dalla contrazione delle fibre longitudinali del muscolo dell'iride (*dilatator pupillae*) con rilasciamento simultaneo del muscolo costrittore (*costrictor pupillae*) innervato dai tronchi del sistema parasimpatico.

La stimolazione del primo sistema dà midriasi della pupilla; l'eccitazione del secondo dà miosi. I filamenti della parte del sistema nervoso simpatico in questione, si iniziano nel centro di Budge (centro ciliospinale) che si trova nel midollo spinale, fra l'ultimo segmento cervicale ed il primo dorsale. Questi filamenti vanno fino al ganglio stellato del tronco basale del simpatico; si dirigono, attraverso l'arco frontale dell'ansa di Wieussens nel ganglio simpatico cervicale superiore; decorrono lungo la carotide e, passando attraverso il plesso carotideo, nella cavità cranica, pervengono nell'orbita come nervi nasociliari e ciliari lunghi, raggiungendo infine il muscolo dilatatore della pupilla ed il muscolo di Müller.

Seguendo il tronco basale simpatico destro e delle sue branche fino all'appendice, è facile vedere, come sia possibile la trasmissione di qua-

lunque specie di irradiazione (meccanica o tossica) sino alla pupilla destra.

Questa reazione della pupilla si verificherebbe in seguito alla infiammazione dell'appendice e non nella infiammazione degli altri organi della cavità addominale, perchè solo l'appendice possiede una grande abbondanza di plessi gangliari simpatici con rete nervosa molto sviluppata, cosicchè una tale ipergenesi simpatica non può — secondo il Buchmann — non portare uno stato di irritazione di tutti i tronchi nervosi simpatici e delle loro diramazioni, comprese quelle che vanno al dilatatore della pupilla ed al muscolo del Müller.

Or, poichè nessun altro organo addominale — all'infuori dell'appendice — presenta tanta ricchezza di cellule nervose, non c'è dubbio — conclude il Buchmann, che il sintoma dell'*anicosoria con midriasi destra* debba ritenersi patognomonico di un processo infiammatorio dell'appendice, il quale agirebbe anche provocando una irritazione biochimica verso gli elementi nervosi.

Il Rabboni si associa alle idee del Buchmann considerando che « lo stimolo nervoso abnorme che determina la permanente midriasi della pupilla destra negli appendicitici — ammesso che abbia origine periferica — non può partire che da organi in cui esistono elementi simpatici. E siccome in questi malati, il vermio infiammato è ricco di elementi cellulari nervosi di natura simpatica, è logico pensare che l'eccitazione patologica parta dall'appendice ed abbia appunto sede anatomica negli abbondanti plessi anatomici delle sue tuniche.

L'esistenza del legame anatomico fra pupilla ed appendice ci illumina ancora di più, su tale ipotesi.

Per lo Scotti, la dilatazione della pupilla sarebbe invece causata dalla tossiemia dell'infezione appendicolare diffondentesi, verisimilmente, sui centri bulbari. Ma il Rabboni ed il Cobellis non confermano la possibilità di questa evenienza in quanto essa non spiega perchè le tossine circolanti nel sangue agiscano solo, e direttamente, sul centro della pupilla destra.

Il Cobellis ha recentemente ricercato il sintoma riferito in 52 casi di cui 38 di appendiciti (acute e croniche) 6 di annessiti a destra, 3 di di appendiciti con colecistiti, 3 di sola colecistite ed infine in 2 casi nei quali — clinicoradiologicamente — era stata posta la diagnosi di appendicite cronica, non confermata, all'atto operativo. In tutti i casi, poteva certamente escludersi la concomitanza di quelle forme morbose (malattie polmonari, affezioni del collo, della tiroide, del sistema nervoso) che sogliono produrre anisocoria con midriasi.

Dai casi del Cobellis risulta che nei 38 casi di appendicite confermata, il sintoma midriasi fu presente in 34 casi; in uno non vi era disuguaglianza pupillare, mentre negli altri tre vi era anisocoria con midriasi della pupilla destra.

Nei due casi in cui l'atto chirurgico e l'esame istologico esclusero qualsiasi processo infiammatorio, il segno dell'anisocoria era assente.

Nei tre casi di appendicite con colecistite, il sintoma fu presente. Non venne invece riscontrato nei tre casi di sola colecistite.

Nei sei casi di annessite, il sistema non venne mai riscontrato, tranne in uno solo.

Di conseguenza, anche il Cobellis conferma la grande importanza della *anisocoria con midriasi attiva destra* nella gran parte dei casi di appendicite: 90 % dei casi.

C'è da aggiungere che il sintoma non è sempre molto evidente, ma in questi casi occorre un esame accurato da parte dell'oculista, talora ripetuto, magari sotto manovre (pressione nella regione appendicolare) che valgano ad accentuarlo.

Il sintoma non si attenua durante l'anestesia e scompare dopo l'operazione, in un tempo molto variabile che suol variare dai 10 ai 40 giorni.

RIASSUNTO.

L'A. espone le più recenti vedute sui rapporti tra *anisocoria* ed *appendicite*.

Per la letteratura, vedi:

Buchmann. Presse Médicale, n. 65, 1930.
Rabboni. Ann. Ital. di Chirurgia, 1933.
Scotti. Policlinico, n. 23, 1932.
Cobellis. Incurabili, n. 9, 1934.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Clinica Chirurgica della R. Università di Modena.

Direttore: Prof. Paolo Fiori.

Contributo casistico all'eviscerazione post-laparatomica

per il dott. Mario Barbiroli, aiuto volontario.

L'eviscerazione post-laparatomica rappresenta una evenienza ben nota ai chirurghi.

Ne caratterizzano la nosologia la repentinità e la rapidità con cui il quadro si istituisce.

Verso la 9ª-10ª giornata dall'intervento, più di rado dopo la 12ª giornata, mentre la ferita laparatomica sembra avviata a sicura guarigione, cioè per prima intenzione, improvvisamente ed insospettatamente si nota un allontanamento dei margini della ferita e dalla breccia che ne risulta si verifica deiscenza dell'omento e delle anse intestinali.

Quale la patogenesi del fenomeno? Vengono chiamati in causa fatti generali e fatti locali.

Alterazioni nel trofismo e nei poteri riparatori dei tessuti impedirebbero, secondo alcuni, la cicatrizzazione della ferita laparatomica rendendola meno compatta e quindi suscettibile di offrire scarsa resistenza alla tensione dei visceri endoaddominali.

Altri incolparono la qualità del materiale di sutura; ciò, però, non sembra avere importanza poichè si è vista insorgere l'eviscerazione sia per suture con catgut, sia con seta, fili d'argento, ecc.

A tal proposito Bufalini sperimentalmente studiò comparativamente la resistenza allo strappo delle ferite laparatomiche suturate con catgut e con seta. Sia le ferite suturate con catgut sia quelle suturate con seta dimostrarono uguale comportamento di fronte allo strappo; per cui Bufalini potè avere conferma di quanto aveva asserito nel suo precedente lavoro: non doversi incolpare, cioè, la qualità del materiale di sutura nella genesi dell'eviscerazione post-laparatomica.

Anche le complicazioni settiche, le emorragie nella sede, furono chiamate in causa ed effettivamente possono costituire una condizione sfavorevole per una buona cicatrizzazione di una ferita; ma sta di fatto che cotali complicanze raramente si constatarono in casi di eviscerazione. Inoltre, allorchè in una ferita laparatomica si sviluppa un processo suppurativo, di solito i margini della ferita si riaprono lentamente, progressivamente; contrariamente quindi a quanto si verifica nell'eviscerazione vera e propria.

Come fattori concomitanti si invocarono infine un'aumentata tensione endo-addominale per meteorismo o per ascite, nonchè trazioni sulla ferita provocate dal vomito e dalla tosse insistenti.

La sede dell'incisione laparatomica non sembra priva di importanza. Dalle osservazioni raccolte dal Madelung, circa 150 casi, risulta più frequente l'eviscerazione nelle incisioni laparatomiche mediane. Così nei 5 casi descritti dal Bufalini l'incisione era stata eseguita sulla linea alba: in due nella regione sotto-ombelicale, in due sopra-ombelicale e nel quinto para-ombelicale.

Rileva il Bufalini che la ragione della frequenza dell'eviscerazione in corrispondenza della linea mediana deve ricercarsi probabilmente in fattori d'ordine meccanico, poichè la linea alba corrisponde alla inserzione mediana dei muscoli larghi del ventre che per la loro contrazione esercitano su di essa trazioni dirette lateralmente ed in senso opposto. Per cui si comprende come i margini di una ferita situata in questa sede tendano alla divaricazione.

Premesse queste considerazioni d'ordine generale, passo a riferire sopra un caso di eviscerazione post-laparatomica occorso alla mia osservazione. L'interesse, come si vedrà in seguito, deriva dalle considerazioni patogenetiche che a mio avviso possono trarsi; non prive d' importanza.

Riferisco in breve la storia clinica:

Viene ricoverata in Clinica il 6-4-1934 A. Teresa, d'anni 40, nubile, da Guiglia (Modena).

Gentilizio negativo.

Sviluppo fisico ritardato: la paziente incominciò a camminare a 5 anni e mezzo. Le mestruazioni comparvero a 16 anni e furono irregolari per epoca e durata. Dai 19 ai 21 anni soffrì di grave anemia.

Stato presente: Da qualche tempo la paziente soffre di dolori gastrici violentissimi, tanto da rendere assolutamente impossibile qualsiasi alimentazione.

E. O.: Condizioni generali scadenti. Cute e mucose visibili pallide. Pannicolo adiposo sottocutaneo scarso. Muscoli ipotonici ed ipotrofici. Statura m. 1,44. Aspetto psichico deficente-cretinoide.

All'esame dell'addome si risveglia vivo dolore all'epigastrio. Stomaco ptosico. Gli esami complementari dello stomaco (pasto di prova, radioscopia) non rivelano alterazioni degne di nota.

Atto operativo: Laparatomia mediana xifo-ombelicale in anestesia locale novocainica.

Stomaco normale per forma e volume, piloro pervio con sierosa normale, libera da aderenze. L'appendice presenta all'unione del terzo inferiore col terzo medio un rigonfiamento delle dimensioni di una nocciola. Appendicectomia. Nell'appendice si trova in corrispondenza del rigonfiamento un grosso calcolo fecale duro.

Decorso post-operatorio buono. La paziente è apiretica, non ha vomito nè tosse. Scomparsa completa dei dolori all'epigastrio, tanto che in terza giornata è già possibile una alimentazione liquida (latte) sostituita verso la fine della settimana da altra più consistente. In settima gior-

nata vengono tolti i punti in seta della cute. Cicatrice normale. Durante la decima giornata la paziente all'insaputa dei curanti si è alzata ed ha compiuto un movimento consistente nel portare una gamba su un tavolo alto circa un metro. Quasi immediatamente ed istantaneamente la cicatrice cedeva per tutta la sua estensione e profondità, lasciando adito alla fuoriuscita delle anse intestinali.

A incidente avvenuto lo strato muscolo-aponeurotico della parete addominale dal lato sinistro presentasi completamente tagliato dai punti della sutura in catgut, la quale si presenta pressochè intatta.

Non essendo possibile rifare la plastica a strati, dopo aver ridotto i visceri erniati, si chiude con punti di seta a tutto spessore. Dopo 12 giorni, tolti i punti, la ferita si riapre per il divaricamento dei margini che non avevano contratta saldatura alcuna e non presentavano effettivamente alcun segno di attività proliferativa. La guarigione avviene lentamente ad opera di un tessuto di granulazione da parte dell'omento.

La paziente esce guarita dalla Clinica il 24 giugno 1934.

Dall'osservazione che ho brevemente riferita emergono due ordini di fatti di fondamentale importanza che invoco senz'altro come fattori patogenetici probabili dell'eviscerazione.

Innanzi tutto richiamo l'attenzione sopra le notizie anamnestiche dalle quali risulta che la nostra inferma ebbe sviluppo al di fuori della norma, deambulazione ritardata, ad anni 5 ½. comparsa tardiva, a 16 anni, delle mestruazioni i cui cicli si succedettero in seguito con notevole irregolarità. Anche l'anemia di cui soffrì la paziente per il passato e di cui potemmo noi stessi constatarne la gravità allorchè fu ricoverata in Clinica, concorrono a formulare un giudizio di costituzione gracile, per dirla con frase di uso comune.

Se poi sulla guida di concetti moderni, noi volessimo risalire alle cause di questa gracile costituzione, potremmo con verosimiglianza sospettarne il nesso coll'esistenza di qualche disfunzione endocrina.

Per contingenze speciali non fu possibile rendersi conto esatto delle condizioni segnatamente relative al ricambio ed alle funzioni di quegli organi ed apparati (specialmente il tiroparatiroideo), che volta a volta vengono invocati quali influenzatori dei processi di riparazione delle ferite: debbo quindi arrestarmi a quelle supposizioni generiche che mi derivano dal rilievo clinico dei dati somatici più appariscenti. Questi testimoniavano con evidenza una torpidezza accentuata nei processi del ricambio e della nutrizione, segnatamente muscolare, che tanta parte giocano nella restituzione anatomica e funzionale dei tessuti ed organi sottoposti alla dieresi chirurgica. È logico quindi assegnare al fattore « costituzione » l'episodio che per poco non compromise la vita della nostra paziente.

È qui opportuno il richiamo dell'osservazione 3ª del Bufalini che alla concezione patogenetica suggerita dal caso mio mi sembra portare grande appoggio. Non soltanto nell'osservazione sopra ricordata dal Bufalini si era verificata deiscenza della ferita laparatomica, ma anche una recente sutura fra stomaco e tenue aveva manifestato tendenza a lacerarsi. Onde giustamente il Bufalini invocò a spiegazione dei fatti una menomazione generale nei poteri riparativi dei tessuti.

Naturalmente il fattore costituzionale nel nostro come nei casi analoghi rappresenta una causa predisponente di importanza varia, ma non la sola efficiente: quasi sempre esiste una determinante che nel caso nostro verosimilmente fu rappresentata dal movimento inconsulto e che in altri, oltre che in questo, può ricercarsi in condizioni diverse comuni a tutti gli operati (distensione addominale, tosse, vomito).

Come ilazione pratica se ne può dedurre la opportunità di modificare il concetto classico della rimozione dei fili di sutura al 6° e 7° giorno protraendoli più a lungo od eseguendola a tappe specialmente nelle suture della linea mediana e nei soggetti sospetti. Procedura da molti anni adottata in questa Clinica, alla quale il caso in questione si sottrasse per mera casualità.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di eviscerazione postlaparatomica, rilevando l'importanza del fattore costituzionale nella genesi del fenomeno.

AUTORI CONSULTATI.

M. Bufalini. Annali Italiani di Chirurgia, 1923.

Id. La Clinica Chirurgica, 1932, pag. 869

SUNTI E RASSEGNE

MALATTIE INFETTIVE.

L'influenza.

(N. v. JAGIC. *Wiener klin. Wochens.*, 25 gennaio 1935).

Col nome di influenza o di grippe, si indica una malattia infettiva che da 2-4 secoli si presenta in forma di epidemie o di grandi pandemie, diffondendosi talvolta su intere parti del mondo. I due nomi sono sinonimi, preferendosi quello di influenza dagli inglesi e dagli italiani, quello di grippe dai francesi ed anche dai tedeschi. Negli intervalli delle grandi pandemie, si hanno anche piccole epidemie e quasi ogni anno dei casi sporadici. Le ultime grandi pandemie si sono avute negli anni 1847-48, 1889-91 e 1918-21, ma si hanno notizie anche di pandemie nel secolo XVI.

Pfeiffer, nel 1892, ha descritto come bacillo dell'influenza un piccolo batterio gram-negativo, di cui però il significato etiologico non è ancora ben dimostrato. È probabile che un virus tuttora ignoto, che si trasmette per infezione da goccioline, rappresenti la vera causa dell'influenza. Come vie d'ingresso, sono da menzionare il naso e l'anello linfatico faringeo. I diplo-strepto- e pneumococchi, che si trovano nello sputo degli influenzati, e forse anche lo stesso bacillo di Pfeiffer, costituiscono delle infezioni miste.

L'incubazione dura da 18 ore a 4 giorni: la malattia si inizia improvvisamente con febbre, dolori al torace ed agli arti, come pure con faringite, tracheite e raffreddore. Dopo 3-4 giorni, cade la temperatura.

L'influenza semplice, non complicata si inizia, come si è detto, con alta febbre e talora anche con brivido. I malati si sentono fiacchi e spossati, hanno aspetto pallido. Nelle ultime grandi pandemie, oltre ai dolori al torace ed agli arti, si avevano spesso, all'acme della malattia, dei crampi dei muscoli addominali e, nei casi letali, si sono anche osservate delle emorragie nella muscolatura addominale.

Il polso è molle, poco teso, spesso relativamente raro in rapporto con la temperatura, si hanno però talora delle tachicardie.

Il raffreddore è per lo più secco; si hanno talora anche epistassi. La gola e le tonsille mostrano arrossamento diffuso, l'ugola è arrossata e rigonfia. La tracheite, caratteristica della influenza, determina un forte stimolo alla tosse e non raramente dello sputo emorragico.

Reperto sanguigno: al primo giorno leucocitosi, al secondo leucopenia e linfocitopenia. Gli eosinofili mancano e sono assai scarsi. Nell'urina, si trova spesso albumina, pur senza segni di nefrite.

Nell'influenza non complicata, la febbre dura 2-5 giorni e si ha poi un rapido abbassamento litico, con retrocessione di tutti i sintomi.

Alle complicazioni più frequenti e più temute dell'influenza è da ascriversi la polmonite influenzale. Dopo la caduta della temperatura caratteristica dell'influenza non complicata, incomincia un nuovo innalzamento; all'esame fisico, si sentono su uno od entrambi i lobi inferiori, dei rantoli consonanti ed in seguito uno sputo emorragico non rugginoso.

All'esame radiologico, si scorgono dei focolai lobulari nelle parti più basse dei lobi inferiori. Anatomicamente, si tratta di una polmonite lobare emorragica, con suddivisione centrale. All'inizio, i focolai lobulari possono essere tanto piccoli che il quadro radiologico può rassomigliare alla tubercolosi miliare. Essi danno, all'esame fisico, per lo più suono timpanico e solo raramente ottusità. Per il riconoscimento di focolai centrali, è molto utile la broncofonia della voce susurrata.

Il numero dei leucociti, nella polmonite influenzale, oscilla fra 5000 e 15.000; gli eosinofili scompaiono.

Per la prognosi, è importante il comportamento del cuore e dei vasi. Nei gravissimi casi tossici, si trova fin dal principio un grave collasso vasale, che può portare all'esito letale. Importante è anche il riflesso patellare che, nei casi gravi, manca.

Altre complicazioni e postumi dell'influenza sono l'otite, le affezioni dei seni e le neuralgie. Nei giovani con gozzo, sono state osservate delle ipertireosi postinfettive, con tutti i segni caratteristici al cuore ed al sistema nervoso. Altre complicazioni sono la pielite e la colecistite ed è poi da menzionare il fatto che i focolai tubercolari possono essere attivati dall'influenza. Nelle donne, si ha talvolta l'anticipazione dei mestrui, nelle gravide, vi può essere in casi gravi, il pericolo di aborto.

Particolare attenzione meritano il cuore ed il circolo. Mediante l'elettrocardiogramma, si sono spesso rilevate lesioni miocardiche che per lo più regrediscono, ma che possono talvolta dare delle conseguenze durevoli. In un caso, l'A. ha osservato, in rapporto con una grave polmonite influenzale, un blocco completo del cuore, con accessi di Adam-Stokes ad esito letale. Nei vizi valvolari, vi è il pericolo che si ridesti l'endocardite.

Importante è l'osservazione attenta del circolo periferico ed il collasso va impedito e prevenuto con ogni mezzo. Casi particolarmente gravi di collasso vasale si sono osservati durante la grande epidemia del 1918-21. I pazienti erano assai pallidi, con polso appena sensibile e con il sensorio obnubilato e la quantità di sangue circolante era molto ridotta.

Spesso, i malati d'influenza si lamentano di dolori addominali e si possono addirittura avere dei sintomi appendicolari. Per lo più si ha costipazione, raramente enterite. Il fegato è spesso sensibile alla pressione, la milza non ingrossata. Nei bambini, si vedono di frequente dei gravi fenomeni gastrici, con forte vomito. Si parla, in tali casi di stomaco da influen-

za, espressione che però non è esatta, come quell'altra di intestino da influenza, quando predominano i sintomi addominali.

In alcuni casi, si possono rilevare all'autopsia delle infiammazioni emorragiche, specialmente tiflite emorragica, che non sono altro che un fenomeno parziale dell'infezione generale. Da alcune statistiche risulterebbe che, durante le epidemie di influenza, aumenta la frequenza dell'appendicite pura.

L'influenza colpisce tutte le età. Da rilevarsi il fatto che, durante la grande ultima pandemia, i casi più gravi e letali si osservavano nei giovani, che probabilmente non erano stati immunizzati durante la precedente pandemìa, occorsa un trentennio prima; particolarmente minacciate erano le gravide.

Per la *diagnosi differenziale*, è anzitutto da menzionare l'infiltrato precoce, per cui un buon esame radiologico elimina ogni dubbio. La differenziazione dalla polmonite crupale si fa per la diffusione del processo pneumonico; nella polmonite, lo sputo è rugginoso, mentre nell'influenza è nettamente sanguigno.

Anche la febbre ghiandolare può incominciare con sintomi influenzali: febbre, faringite e dolori neuralgici; ma al 2°-3° giorno il quadro leucocitario dissipa ogni dubbio.

Anche le forme tossiche di psittacosi con fatti polmonari possono essere simili all'influenza; in entrambe le malattie, troviamo epistassi e sputo emorragico. Il quadro radiologico, nella psittacosi, dà un'ombra moderata ed omogenea, mentre nell'influenza dà dei focolai lobulari. L'anamnesi indica poi il contatto con pappagalli.

La *terapia* dell'influenza senza complicazioni consiste nel riposo in letto e nel trattamento sintomatico. Col piramidone e l'antipirina, si darà anche della caffeina, allo scopo di tonicizzare il cuore ed i vasi.

L'uso dei salicilici e dell'antipirina, in grandi dosi non è consigliabile e non porta affatto ad jugulare la malattia, mentre aumenta il pericolo del collasso vasale.

Al tempo della grande pandemìa, l'A. ha anche tentato l'urotropina, l'autoemoterapia, il siero di cavallo, i vaccini misti, l'omnadina ed altri rimedî analoghi, ma in nessun caso potè osservarne un effetto. Come si è detto, la cosa essenziale è di star bene attenti al cuore ed ai vasi, somministrando in tempo digitale, caffeina e specialmente stricnina per rialzare il tono vasale. Particolarmente la stricnina si è dimostrata, nella pandemìa del 1918-1919, il rimedio migliore contro il collasso vasale. La polmonite influenzale va trattata come quella crupale, con transpulmin, e solvochin associate a digitale, caffeina, stricnina e canfora.

Per la profilassi antigrippale, è stata recentemente consigliata la chinina a piccole dosi di 5 centigrammi al giorno, in tutto grammi 1,5 al mese. L'esperienza dimostrerà se tale profilassi è realmente efficace. *fil.*

Le cause della morte nella polmonite.

(A. BROOKS. *Journal Amer. Med Assoc.*, 20 ottobre 1934).

In questo studio l'A. si propone ricercare la causa della morte nella pulmonite valendosi dell'osservazione di 200 casi di pulmonite con esito letale studiati sia clinicamente che anatomopatologicamente.

Dal punto di vista clinico sembra che quasi sempre la morte è dovuta ad insufficienza cardiaca. È notevole il fatto che in 116 casi si riscontrarono all'autopsia definite lesioni cardiache croniche, certamente preesistenti all'inizio del processo pneumonico. Questo fatto potrebbe essere interpretato ammettendo o che le lesioni cardiache costituiscano una specie di predisposizione alla pulmonite, o che le lesioni stesse rendano letale l'affezione pulmonare. In 73 casi si riscontrarono lesioni cardiache acute che certamente si svilupparono nel corso dell'infezione e la resero mortale. Il cuore fu riscontrato normale o per lo meno senza apprezzabili alterazioni in 29 casi, mentre in 14 si trovò endocardite valvolare acuta.

Questi dati confermerebbero l'opinione corrente che gli individui cardiopazienti corrono un rischio particolare quando contraggono la pulmonite,

Tuttavia l'insufficienza cardiaca non è il solo fattore della morte provocata dalla deficienza circolatoria nel corso della pulmonite. Sta di fatto che la deficienza circolatoria è spesso preceduta per giorni, ore o anche per minuti dalla dilatazione e congestione dei capillari e delle vene, anche quando l'attività cardiaca permane nettamente integra. Non è dubbio che la paralisi vasomotoria dei capillari superficiali e profondi è il fatto più importante nel collasso circolatorio, ed esso fu riscontrato ben 109 volte nei casi esaminati.

Ora mentre si posseggono mezzi terapeutici razionali e definiti per sostenere e rafforzare l'azione cardiaca, non si hanno che mezzi scarsi e mal sicuri per la cura del collasso circolatorio periferico. Solo la pituitarina e l'epinefrina riescono talvolta a migliorare la condizione ristabilendo la pressione vasale e alleviando la congestione capillare. La somministrazione di ossigeno in qualsiasi forma e quantità non riesce sempre a prevenire o ad alleviare il collasso circolatorio.

È ben noto come l'emocultura positiva in tutte le forme di pulmonite costituisca uno dei più gravi, se non il più grave segno prognostico specie negli stadî iniziali della malattia. Ora in 75 casi dei 200 studiati si riscontrarono l'emocultura positiva o segni di setticemia all'autopsia.

Queste conclusioni sono confermate dall'esame clinico. In effetti in 14 casi si rilevò endocardite acuta attiva, in 13 meningite acuta, in 20 empiema ed in 6 ascesso pulmonare.

In molti casi la febbre a tipo settico con tossiemia profonda ha lo stesso grave significato prognostico anche quando l'emocultura è negativa.

L'A. opina che il grado della sepsi serve a valutare la prognosi della malattia e che essa sia la più frequente causa di morte. Questa può essere provocata da fatti diversi, ma l'insufficienza cardiaca costituisce in modo preponderante il fattore determinante dell'esito letale.

Anche la meningite costituisce una frequente causa immediata di morte nel gruppo dei casi, nei quali la sepsi risulta evidente all'esame clinico o batteriologico. Anzi essa è un indice di sepsi. Fu trovata presente come causa predominante di morte in tredici casi. La sua comparsa non ha alcuna reazione con l'estensione e la sede del processo pulmonare e neppure con il tipo di pneumococco agente dell'infezione. Di solito i clinici designano con il nome di meningismo i sintomi che rilevano la localizzazione meningocerebrale dell'infezione, ma in effetti si tratta sempre di meningite o encefalite più o meno grave. Ciò non toglie che qualche volta si può avere esito in guarigione.

Non si può precisare fino a qual punto l'intensità dell'anossiemia abbia importanza come causa immediata di morte nella pulmonite. Gli esami chimici del sangue precisano al riguardo elementi insufficienti, nè si possono trarre adeguati dati dagli effetti ottenuti con la somministrazione di ossigeno fatta ai pulmonitici apparentemente moribondi.

La estensione del processo pneumonico non costituisce elemento di presunzione prognostica. Nei 200 casi mortali studiati dall'A. il processo era localizzato ad un solo lobo in 50 casi, a 2 lobi in 42, a 3 lobi in 19 casi, a 4 o 5 lobi in 18 casi, mentre in 71 casi non si ebbero al riguardo dati precisi.

Gli effetti terapeutici della somministrazione di ossigeno ai pulmonitici è ancora discussa. Alcuni ne sostengono l'efficacia con entusiasmo, altri la ritengono del tutto inutile. Vero è che l'ossigeno in molti casi produce all'infermo un effettivo sollievo, ma nei casi nei quali esiste sepsi o grave deficienza circolatoria il vantaggio è affatto effimero. Esso quindi non può sostanzialmente modificare la prognosi specie quando esistano gravi lesioni anatomopatologiche, come ad es., collasso massivo, atelettasia o embolia.

Al riguardo va notato che le alterazioni pulmonari abbiano una parte importante nel causare la morte. Nei 200 casi studiati si nota l'empiema venti volte, l'atelettasia dovuta ad insaccamento di un bronco con essudato tenace nove volte, e collasso massivo quattro volte. Tutte queste lesioni furono riscontrate solo all'autopsia, e ciò fa presumere che esse siano molto più frequenti di quel che si rilevi all'esame clinico e che abbiano dal punto di vista prognostico un significato molto più serio di quel che vien loro attribuito. Nei quattro casi di collasso massivo, questo senza dubbio fu la causa immediata della morte, ed almeno in qualcuno dei nove casi di atelettasia, questa fu un importante fattore letale.

L'embolia pulmonare si verificò una sola volta ed era molto piccola, tanto da non potere essere causa di morte. È probabile che molti casi di collasso massivo e di atelettasia sono scambiati per embolia pulmonare. L'embolia di altri organi si verificò in due casi senza concorrere all'esito letale. La gangrena pulmonare fu un fattore mortale preminente in due casi.

L'influenza della preesistente tubercolosi come fattore aggravante della pulmonite è stata certamente supervalutata. Nei 200 casi esaminati si trovarono lesioni tubercolari guarite solo in 18 casi, e solo due volte il processo pneumonico attivò antiche lesioni glandulari provocando tubercolosi generalizzata e morte.

Qualche cosa di simile può dirsi per l'alcoolismo, che è generalmente ritenuto come uno dei fattori più attivi per aggravare la pulmonite. Nei casi studiati esso si riscontrò solo cinque volte.

L'irritazione e la congestione renale sono di solito segni preminenti fin dall'inizio della pulmonite, desta quindi meraviglia come il fattore renale figuri molto poco come causa immediata di morte. In effetti nei 200 casi studiati la nefrite si riscontrò solo tre volte senza per altro assumere importanza clinica definita e senza concorrere alle cause della morte.

Dr.

Recenti dati sulla sieroterapia della polmonite.

(H. Becker. *Münch. Med. Wochenschr*, 28 settembre 1934).

La sieroterapia nel campo delle infezioni pneumococciche, che nel primo tempo non ha lasciato che delusioni, è stata di nuovo valorizzata dopo le ricerche dovute principalmente agli AA. americani (Felton ed altri), i quali misero in evidenza l'efficacia del siero specifico del dato gruppo, se applicato precocemente e in dosi sufficienti. Un nuovo contributo allo studio del problema viene portato all'A., il quale nel periodo di quasi due anni (1932-1934) ha avuto occasione di seguire e curare 180 polmonitici; in questi la sieroterapia è stata applicata in 70 % dei casi. Il siero usato è stato nella gran maggioranza dei casi quello monovalente; al siero polivalente si ricorreva solo quando non era possibile stabilire il gruppo del pneumococco per la mancanza dell'espettorato o nei casi dovuti al gruppo IV. Per l'identificazione del gruppo l'A. si serviva del metodo rapido di Neufeld, il quale non richiede più di 20-30 m' di tempo.

I risultati sono stati molto incoraggianti per quel che riguarda le polmoniti dovute ai pneumococchi del I e II gruppo; difatti in essi la mortalità in seguito ad applicazione di siero discese risp. da 20 a 8,2 e da 30 a 15 %. Naturalmente oltre alla monovalenza del siero, il successo in gran parte dipendeva dalla precocità della sua applicazione. La dose usata era di 100-200 cc. introdotti intramuscolarmente. Va notato che mentre nei casi del I gruppo la risoluzione dopo il siero avveniva rapidamente per crisi, in quelli del secondo essa richiedeva ancora 1-2 giorni, discendendo la febbre per lisi.

Mentre scemava la febbre e miglioravano rapidamente le condizioni generali, tanto da dare al malato l'impressione di guarigione completa i sintomi fisici si mantenevano ancora per qualche tempo.

I casi di polmonite dovuti al pneumococco del tipo III si sono dimostrati (d'accordo coi dati di altri AA.) del tutto refrattari all'azione del siero specifico; la mortalità in questo gruppo (che presentava la sindrome più grave con frequenti fenomeni tossici) raggiunse i 55 % e non potè essere ridotta dalla sieroterapia, la quale altresì non influiva sullo stato generale degli infermi. Condizioni simili, per quel che riguarda l'azione del siero sul decorso della polmonite, si sono verificati nei casi dove l'agente della malattia era da annoverarsi fra i tipi appartenenti al gruppo IV; solo in qualche caso la sieroterapia sembrava influire favorevolmente sulle condizioni generali.

I casi di sepsi pneumococcica, malgrado la applicazione del siero ebbero tutti esito infausto; qui però l'esiguità del materiale (in tutto 6 casi) non permette conclusioni definitive; secondo l'A. nella sepsi da pneumococco sarebbe da tentarsi la somministrazione di grandi dosi di siero per via endovenosa.

Come terapia coadiuvante oltre ai rimedi sintomatici (cardiocinetici ecc.), in tutti i casi veniva somministrato anche il chinino; l'A. considera quale opportuna l'associazione di esso alla sieroterapia; i risultati di quest'ultima pur non essendo miracolosi, autorizzano alla sua applicazione su più vasta scala; la sua accessibilità al medico pratico deve far così che il trattamento precoce diventi la regola.

S. MINZ

Sul trattamento della poliomielite con siero di convalescenti.

(SCHLOSSBERGER e KRUMREICH. *Klin. Wochenschr.*, 1934, n. 23).

Recentemente alcuni AA. hanno presentato i dati statistici circa l'efficacia del siero di convalescenti nel trattamento della poliomielite. In base ai risultati ottenuti (che si riferiscono a 227 casi dell'epidemia del 1932) gli AA. hanno concluso sulla scarsa o nulla efficacia del siero nel periodo paralitico; applicato invece nello stadio preparalitico, di cui la sindrome si presenta come quella di meningite sierosa, il siero avrebbe dato risultati notevoli inquanto che su 26 casi in 24 si ebbe in seguito ad esso una guarigione completa.

Quest'ultima conclusione viene ora severamente criticata da E. Haessler (*Klin. Wochenschr.*, n. 35, 1° sett. 1934). Quest'ultimo A. cita la sua esperienza personale dell'epidemia del 1927, quando già egli ebbe a osservare che la forma con sindrome meningea a riflessi conservati (diagnosticata quale poliomielite per ragioni epidemiche) ha molto raramente esito in paralisi. Attualmente ai casi degli AA. precedenti egli contrappone 19 casi propri del 1932 di tale sindrome a tipo di meningite sierosa, nei quali fu tralasciato il trattamento sieroterapico: ebbene, la paralisi non si è manifestata che una sola volta.

L'A. crede pertanto che le osservazioni degli AA. da lui criticati, mancarono di casi di controllo e perciò le conclusioni di essi sono da considerarsi erronee. L'A. senz'altro nega qualunque efficacia curativa del siero di convalescenti di poliomielite e considera superflua la sua applicazione, la quale, danneggiando relativamente il convalescente donatore, non fa che generare illusioni non fondate.

S. MINZ.

Melitococcia e tubercolosi.

(L. BERNARD. *Presse Médicale*, 17 ottobre 1934).

Le relazioni tra melitococcia e tubercolosi sono interessanti non solo per alcune analogie cliniche che esistono fra le due malattie, ma anche per la loro possibile associazione.

Dotato di una ricca sinonimia (febbre di Malta, febbre mediterranea, febbricola, febbre ondulante, brucellosi) la melitococcia ha una etiologia complessa, che solo recentemente sembra alquanto chiarita. Prima si riteneva che la malattia si diffondesse solo con l'uso di latte caprino inquinato dal *micrococcus melitensis* (Bruce, 1883). Poi si è creduto che la stessa malattia umana può contrarsi mediante il contatto con animali affetti da una malattia speciale, una epizoozia che provoca l'aborto e dovuta ad un microrganismo, *Brucella abortus*, identificato da Bang.

La identità delle due affezioni, malgrado i criterî epidemiologici, non è ancora accettata da tutti gli AA.

La sintomatologia clinica della melitococcia è multiforme. Essa, tra l'altro, assume molto spesso il quadro e l'andamento clinico della tubercolosi polmonare. Sono stati gli autori italiani a richiamare l'attenzione sul fatto che talvolta la diagnosi differenziale riesce pressochè impossibile.

È noto il quadro clinico della tubercolosi nel periodo iniziale o d'invasione: astenia, pallore, dimagrimento, sudori più o meno abbondanti.

spesso stato subfebbrile continuo o instabilità termica. Questo stato si stabilisce per lo più insidiosamente, di solito in individui giovani, e diventa persistente, spesso ribelle ad ogni cura.

Ora spesse volte la melitococcia si cronicizza in uno stato simile.

D'altra parte non di rado a questi sintomi generali si aggiungono fatti a carico dell'albero respiratorio (tosse, espettorazione, segni plessimetrici e ascoltatorî agli apici e perfino emottisi) i quali aumentano la confusione. Gli autori italiani hanno particolarmente insistito su queste analogie sintomatologiche, ed hanno rilevato che talora possono aversi nel pulmone anche segni di lesioni a focolaio.

Nella melitococcia, in effetti, possono aversi varie forme pulmonari: 1) una forma di congestione pulmonare, pneumopatia acuta, che ricorda la malattia di Woillez; 2) una forma di cortico-pleurite, nella quale predominano i segni pleurici, o forme di pleuriti con versamento.

Vi sono forme prolungate della melitococcia, nelle quali lo stato generale è così profondamente alterato da condurre ad una cachessia che simula la tisi. Grocco in Italia e Cantaloube in Francia hanno descritto questa tisi melitense.

Il dimagrimento, l'astenia, il pallore, i sudori profusi diventano impressionanti. Per poco che la febbre diventi continua o remittente si completa il quadro classico della tisi. In questi malati l'evoluzione è lenta, si prolunga per anni e anni, e può anche aversi l'esito letale.

In altri casi la melitococcia assume un decorso acuto simile a quello della tubercolosi miliare acuta. Sono stati riferiti casi nei quali la diagnosi di tubercolosi acuta posta in primo tempo fu modificata in seguito all'esame del sangue e casi ritenuti di melitense nei quali l'esame radiologico del torace e l'ulteriore decorso indusse alla diagnosi esatta di tubercolosi.

Infine vi sono forme anormali di melitococcia con fenomeni locali (coxiti, spondiliti, meningiti, adeniti, osteiti, orchiti, asciti) che ricordano le varie localizzazioni tubercolari.

Purtroppo i criterî di diagnosi differenziale non sono sempre decisivi.

L'esame radiografico del torace può in molti casi decidere, ma conviene tenere conto che con la melitococcia possono coesistere immagini sospette di tubercolosi, e viceversa vi sono forme di cortico-pleuriti tubercolari senza espressione radiologica. Senza dire che forme pseudopneumopatiche di melitococcia possono accompagnarsi a qualche modificazione radiologica.

Il tipo ondulante della febbre nella melitococcia non è costante, nè si stabilisce sempre precocemente.

D'altra parte anche nella tubercolosi l'ipertermia può assumere lo stesso andamento. Comunque nella tubercolosi il tipo ondulante della febbre ha un significato prognostico grave: le lesioni diventano rapidamente estensive dando segni fisici che consentono di raddrizzare la diagnosi.

Adunque l'analisi clinica può dare risultati fallaci; solo le prove biologiche e le ricerche di laboratorio possono togliere ogni dubbio. La ricerca dei bacilli di Koch nell'espettorato e la cutireazione possono dare indici più o meno sicuri per la diagnosi di tubercolosi. Ma sono sopratutto decisive: 1) la sieroagglutinazione con *Brucella melitensis* o *abortus;* 2) l'emocultura; 3) l'intradermoreazione con la melitina o l'abortina.

L'associazione della melitococcia e della tubercolosi è stata costatata più volte.

La tubercolosi può sopravvenire secondariamente in individui affetti da melitococcia, o questa installarsi in tubercolotici. Ma l'ordine di precedenza non sempre è facile a stabilire, come nei casi di Maggesi, Franchini, Ranque e Senez.

Martelli ha veduto la febbre ondulante seguìta da tubercolosi miliare. I casi di Roger, di Janbon e Balmès, di Iodlewski, di Jullien fanno pensare che la tubercolosi può essere risvegliata dalla melitense.

Questa azione aggravante della melitense sulla tubercolosi non è costante.

Secondo Hayat e Masselot l'associazione delle due malattie è rara, e la loro rispettiva evoluzione rimane indipendente, l'una dall'altra, senza influenza reciproca.

Da quanto si è esposto risulta che vi sono discordanze di fatti che non consentono conclusioni sicure. A complicare le cose sta il fatto che esistono nell'uomo certamente forme occulte di melitense, che ricordano ciò che si verifica nella capra, come esistono forme occulte di tubercolosi. L'una e l'altra infezione può essere svelata con le intradermoreazioni positive rispettivamente alla melitina o alla tubercolina. E le due reazioni possono riscontrarsi associate in soggetti normali in località più o meno colpite dalla melitococcia Questo fatto giustificherebbe la ipotesi che alcune sindromi cliniche siano dovute a questo stato occulto di infezioni miste. Jullien pensa che le forme di reumatismo cronico attribuite alla *Brucelle melitensis* siano invece dovute a infezioni ibride. Questa ipotesi è sostenuta anche da Nalli, il quale giunge ad affermare che tutte le forme ribelli, interminabili della melitococcia sono dovute ad associazione con la tubercolosi.

Allo stato dei fatti si può concludere che:

1) la melitococcia e la tubercolosi possono essere facilmente confuse in differenti congiunture, e possono anche essere associate.

2) La confusione può essere facilmente eliminata non solo in base ad un'analisi clinica completa ed accurata, ma sopra tutto

fondandosi sulle prove biologiche speciali (emocultura, sieroreazione, intradermoreazione).

3) Le indagini epidemiologiche recenti dimostrando la frequenza progressiva delle melitococcie obbligano il medico a tener presente che queste malattie provocano una nuova categoria di falsi tubercolotici. DR.

L'infezione da "proteus„ nell'uomo, con speciale riguardo alle sue manifestazioni chirurgiche.

(W. BLOCK. *Münch. Mediz. Wochenschr*, 8 nov. 1934).

Il bacterium vulgare deve il suo nome di «proteus» al rilevante polimorfismo e alle molteplici trasformazione che esso presenta. È considerato il tipico rappresentante dei batteri putrefacenti, di quelli cioè dotati di spiccata capacità di scindere e di trasformare le sostanze proteiche. Le ricerche più recenti dimostrano però che più che il proteus, altri bacilli sporigeni anaerobi sono gli agenti delle putrefazioni: a questi il proteus facilmente si associa, esso possiede una spiccata capacità di scindere l'urea.

Aerobio e facoltativamente anaerobio, il proteus si presenta nel suo aspetto tipico come un bastoncino ad estremità arrotondate, dotato di vivaci movimenti, senza capsula, non sporigeno, Gram-negativo. Temperatura ottima 22-37°. Si sviluppa su gelatina in forma di isole, su agar in forma raggiata. Fluidifica la gelatina dopo 2 giorni, il siero di Löffler entro 12-24 ore. Forma indolo in piccola quantità entro 24 ore, in quantità rilevante dopo 3 giorni.

L'infezione da proteus è abbastanza rara nell'uomo. La sepsi da proteo è eccezionale, il quadro clinico somiglia al tifo, mancano soltanto le roseole. Il punto di partenza di queste infezioni, gravi ma non sempre mortali, può essere l'intestino. Egualmente eccezionale è l'infezione ematogena da proteus di organi interni: l'A. ha osservato un caso di empiema recidivante, guarito in seguito all'autovaccinoterapia.

L'importanza del proteus nelle malattie dell'intestino non è ancora ben chiarita. Sembra esso abbia importanza preponderante nelle rare forme di peritonite di origine intestinale; lo si trova nelle feci sopratutto nelle affezioni dissenteriformi e coleriformi, nei catarri intestinali dei bambini e talora in avvelenamenti in massa. Non è ancora chiarito se il proteus possa da solo provocare questi fatti morbosi: negli avvelenamenti da carne guasta la sua importanza è decisamente secondaria in confronto agli altri agenti infettivi, e sopratutto ai b. paratifici. Rare sono anche le infezioni locali determinate esclusivamente dal proteus: per lo più lo si trova come germe associato, la suppurazione è allora particolarmente protratta, la ferita manda un odore cadaverico, il pus è denso e biancastro, la febbre è per lo più modica.

Maggiore importanza ha il proteus come agente di infezioni delle vie urinarie, ciò che è facilmente comprensibile se si pensa alla sua spiccata capacità di scindere l'urea. Lo si trova in circa il 2 % dei casi di cistite e pielocistite, talora come unico germe, più spesso come germe associato al coli o agli streptococchi. Queste infezioni urinarie da proteus guariscono in genere con i soliti procedimenti terapeutici medicamentosi e locali (lavande vescicali): un caso di cistite da solo proteus, resistente a tutte le cure usuali, venne guarito relativamente presto dall'A., con l'autovaccinoterapia. R. POLLITZER.

Tifo petecchiale e febbre petecchiale endemica.

(R. OTTO. *Deuts. Med. Woch.*, 31 agosto-7 settembre 1934).

Studi sperimentali e recenti acquisizioni di epidemiologia e di immunologia fanno ritenere che il binomio «pidocchio tifo esantematico» non sia più d'ammettere come inscindibile.

Accanto al tifo esantematico classico che si trasmette da uomo a uomo per mezzo del pidocchio esistono delle forme di febbre petecchiale nelle quali il ruolo di agenti trasmettitori spetta agli ectoparassiti dei topi e dei ratti che rappresentano la riserva del «virus».

Per di più è da ammettere, in base ad osservazioni ben fondate, che anche in certi distretti europei, ove prima esisteva un germe diffuso nei ratti e che occasionalmente determinava nell'uomo una infezione assai mite, si sia poi sviluppata per successivi passaggi da uomo a uomo attraverso i pidocchi e in certe particolari contingenze (guerre, fame ecc.) una malattia a grave decorso.

A nessuno potrà sfuggire la grande importanza di questi fatti per la epidemiologia e per una lotta efficace contro l'infezione petecchiale nei suoi diversi aspetti clinici.

Volendo fare una classificazione possiamo distinguere:

1) la febbre petecchiale epidemica del «vecchio mondo» trasmessa dal pidocchio;

2) la febbre a decorso mite del «nuovo mondo» (malattia di Brill, Tabardillo), per le quali ratti e topi sono da considerare come riserve del virus, mentre il pidocchio non ha alcuna responsabilità;

3) certe malattie molto simili al tifo esantematico trasmesse da zecche (la febbre americana delle montagne rocciose) o da acari (febbre giapponese da Tsutsugamushi).

A ben distinguere dal punto di vista clinico-sperimentale le due forme più importanti torna utile riportare la seguente tabella:

Febbre petecchiale epidemica tifosa (tifo petecchiale).	*Febbre petecchiale mite endemica.*

Ambedue dànno negli animali da esperimento, superata l'infezione, immunità crociata.

Trasmissione:	
Uomo-pidocchio-uomo.	Ratto-pulce del ratto (e pidocchio del ratto)-ratto; occasionalmente ratto-pulce del ratto-uomo; poi eventualmente anche uomo-pidocchio-uomo.
Manifestazioni morbose:	
Sintomi cerebrali gravi; petecchie.	Solo scarse o nessuna manifestazione cerebrale; soltanto roseole, nessuna petecchia.
Prognosi:	
Seria.	Generalmente buona.
Stagione:	
Inverno e primavera.	Non ben delimitabile, per lo più in estate e in autunno.
Prove sugli animali: *a*) cavie:	
Noduli cerebrali; eccezionalmente lieve rigonfiamento scrotale.	Rari noduli cerebrali; dopo inoculazione intraperitoneale quasi regolarmente evidente rigonfiamento scrotale e gravi alterazioni periorchitiche.
b) ratti:	
Non febbre; infezione latente; incerto passaggio sperimentale da animale ad animale.	Per lo più febbre; facile trasmissione ininterrotta da ratto a ratto.
Rickettsie (negli animali infetti):	
Reperti dubbi.	Nelle cellule di rivestimento della tunica propria per lo più dimostrabili in quantità.

Se è vero che anche da noi possono darsi forme di infezione da rickettsia o da microbi rickettesia simili trasmesse da zecche, come la « fièvre boutonneuse » (Marsiglia, Tunisi), e la « febbre eruttiva » (Italia), non bisogna dimenticare, tuttavia, che per combattere le epidemie di tifo esantematico, che è sempre il nemico più pericoloso, anche adesso, come prima, è necessario mirare alla distruzione dei pidocchi. I. DI MARCO.

Contributo alla linfogranulomatosi inguinale subacuta.

(G. M. ANTONIOLI. *Soc. Int. Microb.* (Sez. Italiana), settembre 1934).

L'etiologia e la immunologia della linfogranulomatosi inguinale subacuta (malattia di Nicolas e Favre) sono ancora oscure e discusse. La malattia è prodotta da un virus filtrabile che manifesta un neurotropismo molto marcato per l'encefalo, il midollo spinale e le meningi; il suo potere patogeno resiste a parecchi trapianti da animale ad animale e dall'animale all'uomo; sembra che nei malati si possa ottenere, dopo un certo lasso di tempo, una immunità attiva.

L'A. ha osservato due casi di linfogranulomatosi inguinale subacuta in due fratelli che negavano di avere avuto rapporti sessuali con la stessa donna o con donne viventi insieme, e nei quali si potevano escludere rapporti omosessuali, ma che, in ragione delle penose condizioni finanziarie della famiglia, erano obbligati a dormire nello stesso letto. Nulla di obiettivo ai genitali, all'ano, al retto.

Con il materiale proveniente dai gangli, escissi chirurgicamente, l'A. ha eseguito ricerche batteriologiche in culture, saggi di inoculazione nelle cavie e saggi di auto- ed omo inoculazione fra i due fratelli.

Le culture risultarono negative; l'inoculazione nelle cavie provocò la comparsa di piccole tumefazioni ganglionari nelle regioni inguinale e ascellare senza particolari caratteri. L'inoculazione di pus inguinale eseguita allo stesso soggetto nel sottocutaneo, in vicinanza delle ascelle, non produsse mai alcuna reazione inguinale di vicinanza nè tumefazione inguino-crurale nè alcuna manifestazione generale immediata o tardiva. Uguale risultato negativo ottennero le analoghe esperienze di omo-iniezione da un fratello all'altro.

Le ricerche dimostrano:

1) la possibilità di una trasmissione per contagio indiretto a mezzo degli abiti o degli oggetti usati in comune;

2) la resistenza ad una nuova infezione che il soggetto acquista, se non costantemente, almeno in alcuni stadi dell'evoluzione morbosa;

3) l'opportunità del trattamento biologico specifico di questa malattia a mezzo di iniezione endovenosa di antigene diluito in soluzione fisiologica, secondo le indicazione di Hellerströem e Gay Prieto. C. TOSCANO.

DIABETE.

I fattori psichici nell'etiologia del diabete.

(W. C. MENNINGER. *Journal Nervous and Mental Disease*, gennaio 1935).

La glicosuria di origine emotiva è un fatto noto da molti anni. Fu sperimentalmente constatata negli animali fin dal 1877 da Boehm e Hoffmann, e successivamente da Cannon, Shohl e Wright e da Hirsch e Reibach. Provocando nei gatti e nei conigli forti sensazioni dolorose o uno stato di grave irritazione fu accertata la presenza di glicosuria più o meno abbondante e l'aumento del tasso glicemico.

La glicosuria emotiva nell'uomo è stata accertata in varie contingenze. Folin, Denis e

Smillie l'accertarono in studenti, uomini e donne, in occasione degli esami. Osservazioni analoghe fecero Malmidirta e Mikkonen, ma Mac-Leod riferì di non essere riuscito mai a trovare la glicosuria in studenti anche quando sostenevano esami difficilissimi.

Ad ogni modo in tutti questi casi si trattava di una glicosuria di lieve conto ed assolutamente transitoria.

Ma non mancano osservazioni tendenti a dimostrare che le emozioni possono essere la causa di un diabete vero e proprio.

Maudsley e Savage ritengono che il diabete può essere causato dall'angoscia. Naunyn e Lepine hanno osservati casi di diabete consecutivi a shock psichico. Allen ritiene ciò teoricamente possibile, ma osserva che il fattore psichico non fa che mettere in evidenza un diabete latente: in effetti le paure, le angoscie, gli sforzi mentali figurano molto spesso nell'anamnesi dei diabetici. Joslin rileva la notevole frequenza del diabete in individui che hanno occupazione di molta responsabilità. Neilson sostiene che i fattori nervosi hanno molta importanza nell'etiologia del diabete. Cammidge e Howard osservano che almeno in una piccola proporzione di casi non può essere negato che i disturbi emotivi possono indurre iperglicemia e glicosuria transitorie e possono avere notevole influenza sull'evoluzione di un diabete preesistente.

L'influenza aggravante dei fattori psichici nel corso del diabete è unanimamente riconosciuta. Al riguardo è stato ampiamente documentato come le emozioni e gli sforzi mentali accentuano la glicemia e la glicosuria, e possono eventualmente aggravare gli altri sintomi morbosi del diabete.

L'A. ha studiato 22 individui nei quali il diabete era associato a disturbi mentali. Essi si dividono in tre gruppi: 1) casi nei quali il diabete sembra essere stato di origine psichica; 2) casi nei quali il diabete ed i disordini mentali sono associati, ma la loro interdipendenza non appare chiara; 3) casi nei quali la sindrome mentale sembra essere stata causata dal diabete.

Nel presente articolo è preso in considerazione solo il primo gruppo, al quale appartengono solo 5 dei 22 casi studiati.

I cinque casi riferiti avevano le seguenti caratteristiche: 1) I fatti psicopatologici erano nettamente evidenti prima che si manifestasse la glicosuria. 2) La sindrome mentale era affatto differente da quella tossica che suole riscontrarsi nell'iper- e l'ipoglicemia. 3) L'evoluzione del quadro psichico si dimostrò parallelo al livello della glicemia e della glicosuria. 4. I disordini metabolici consistevano in glicosuria persistente, ritardo dell'utilizzazione del glucosio, reazione al regime dietetico ed alla terapia insulinica. 5) Con la guarigione dei disordini mentali guarì anche il diabete senza bisogno di modificare rigorosamente il regime alimentare e senza terapia insulinica. DR.

Sulla difficoltà della diagnosi di talune forme anomali di coma diabetico.

(LABBÉ, BOULIN. *La Presse médicale*, 15 settembre 1934).

La diagnosi di coma diabetico è ordinariamente considerata facilissima: quando un diabetico cade in coma e quando l'abolizione della coscienza si accompagna a dispnea di Kussmaul, ad una reazione di Gerhardt nelle urine, ad un abbassamento notevole della riserva alcalina, si diagnostica senza esitare un coma diabetico. Nella maggioranza dei casi la diagnosi è esatta, ma in talaltri casi la diagnosi può essere resa difficile dall'assenza dei segni considerati come essenziali, o dalla presenza di segni non facenti parte del quadro abituale del coma diabetico.

Un primo fatto è da notare: la possibile assenza, nel vero coma diabetico, della reazione di Gerhardt. Il fatto era già stato segnalato dallo Stadelmann, Geelmuyen ecc., ma si trattava di osservazioni antiche in cui mancava la nozione della riserva alcalina, in modo che la diagnosi di coma diabetico non era del tutto al riparo di critiche. Identiche critiche possono essere dirette alle osservazioni recenti di Bock, Field, Ader, Warburg, Clarke, Payne e Poulton ecc.

Gli AA. riportano due casi in cui i fatti si svolsero nello stesso senso: la reazione di Gerhardt negativa nel momento del coma, riapparve dopo la messa in opera del trattamento insulinico, per riscomparire dopo le dosi sufficienti del medicamento. La diagnosi era avvalorata in ambo i casi dalla riserva alcalina, notevolmente abbassata. Una seconda nozione deve essere segnalata, ed è la possibile esistenza, nel corso del coma diabetico, di una sindrome di insufficienza renale. Da molto tempo si sapeva che nel corso del coma diabetico possono apparire albuminuria, cilindruria azotemia (Kultz-Chauffard, Rendu): anche altri, ulteriormente segnalarono lo stesso fatto. Questa sindrome di insufficienza renale si osserva nella metà circa dei casi di coma diabetico: comporta oltre l'albuminuria, la cilindruria, l'elevazione dell'urea sanguigna. La sintomatologia non ne viene modificata, ma la prognosi notevolmente aggravata. Gli AA. hanno segnalato casi in cui sotto l'azione dell'insulina la riserva alcalina si eleva notevolmente, scompare l'acetonuria, mentre l'aumento della azotemia fa presumere la scadenza fatale. Perciò tener presente accanto al coma diabetico il coma uremico.

Un terzo fatto bisogna conoscere ed è che il « test » che prova l'azione dell'insulina, la reazione del Gerhardt può mancare anche con una terapia insulinica impeccabile: la reazione di Gerhardt la riserva alcalina possono restare immutate a malgrado dosi anche elevate di insulina, e la morte sopravvenire per acidosi grave ed irreducibile. il coma si dimostra insulino-resistente. Quel che complica le cose è

la possibilità di veder sopravvenire nel corso di alcune nefriti, ed all'infuori del diabete, una sindrome di acidosi molto vicina a quella del coma diabetico. Le ricerche di Palmer ed Henderson, Peabody, Whitney, Chace e Meyers, Castex. Weill e Guillaumin ecc., hanno individualizzata questa nuova sindrome renale, caratterizzata dall'abbassamento della riserva alcalina, spesso marcato come nel coma diabetico, ed anche con dispnea di Kussmaul.

Si rendono pertanto evidenti le difficoltà nella diagnosi di un coma ove questi sintomi manchino oppure altri se ne presentino.

Il caso descritto dal Labbé e Boulin è dimostrativo: un soggetto giovane, senza antecedenti renali, diabetico da molti anni, cade in coma. La prima prima ipotesi che viene al pensiero è che si tratti di un coma diabetico, ma l'esame delle urine pur presentando zucchero, non rivela nè acetone nè acido acetico; non esiste dispnea di Kussmaul, esiste miosi, dunque può essere un coma uremico. La misura della riserva alcalina, dando cifre estremamente basse, conferma la nozione di coma acidosico, ma non permette di legarlo necessariamente ad uno stato di chetosi, anche perchè l'azotemia è dell'1,65. Con certezza non si può dire se ci troviamo in presenza di un coma diabetico o renale. L'insulina, data con 920 unità, non fa uscire il malato dal coma. Due fatti fanno pensare che si tratta di coma diabetico: la cifra molto elevata dei corpi acetonici nel sangue (2,28) e l'azione benefica dell'insulina sulla riserva alcalina. Solo l'acidosi diabetica obbedisce all'insulina, non la renale. In tal caso l'alta acetonemia e l'azione dell'insulina sulla riserva alcalina, hanno fatto fare la diagnosi: ma talora la diagnosi è impossibile. Esistono pertanto nei diabetici dei coma la cui origine ci sfugge, ve ne sono altri in cui la natura chetosica non può essere stabilita che da un insieme di ricerche ove bisogna associare alla misura della riserva alcalina quella dei corpi acetonici nel sangue, e specialmente lo studio delle variazioni della riserva alcalina sotto l'azione dell'insulina.

MONTELEONE.

Diabete insulino-resistente nelle gravi lesioni epatiche.

(R. ENGEL. *Klinische Wochens.*, 24 nov. 1934).

Il punto d'attacco dell'insulina per il ricambio dei carbo-idrati è in prima linea il fegato in cui per mezzo di essa si forma il glicogeno. Si può sopperire alla mancanza di insulina, fornendola artificialmente; ma essa non agisce più se delle gravi lesioni epatiche ne ostacolano l'azione.

L'A. riporta il caso di un uomo di 43 anni con grave cirrosi epatica e diabete bronzino in cui, nonostante fortissime quantità d'insulina (180 unità continuate per vari giorni) la glicosuria rimaneva al 46/1000 e la glicemia a 2,41. La morte avvenne per coma, quando l'acidosi sembrava già vinta. Ne furono probabilmente causa delle lesioni cerebrali tossiche (manifestantisi con intontimento ed accessi epilettici) dovute probabilmente ai bruschi cambiamenti di acidificazione ed alcalinizzazione, alla fortissima perdita di acqua ed al collasso circolatorio. È da escludersi che i fatti che condussero a morte il paziente fossero dovuti a lesioni da insulina, sia per la mancanza di ogni reazione ipoglicemica, sia per il contenuto normale del fegato in glicogeno. Quest'ultimo dato, in confronto della scarsezza del glicogeno nei muscoli, dimostra la inefficacia dell'insulina in questo malato così gravemente toccato nel fegato. *fil.*

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

A. FERRATA. *Le Emopatie*. Vol. I, p. 1ª e 2ª. Vol. II, p. 1ª, di complessive pagg. 1476. Soc. Editrice Libraria. Milano, 1934. L. 255.

Le « Emopatie » costituivano già nella loro 1ª edizione, un'opera classica nella bibliografia scientifica internazionale; si comprende quindi il grande interesse suscitato da questa seconda edizione. Il Ferrata ha messo al lavoro l'intera sua Scuola, ha chiamato a collaborare valorosi cultori dell'ematologia e, se nel far questo il suo intento era di creare un'opera di ematologia completa in ogni senso, rigorosa dal punto di vista scientifico, pratica nella sua parte clinica, possiamo affermare che egli vi è pienamente riuscito.

Libro quindi che costituisce una notevolissima affermazione scientifica, che valorizza i notevoli contributi italiani e specie quelli del Ferrata e della sua Scuola nel campo dell'ematologia e che appartiene a quelle produzioni che dimostrano come in Italia i cultori delle Scienze Mediche possano rendersi del tutto indipendenti dalla produzione libraria straniera.

Le due parti del I volume delle « Emopatie » sono dedicate alla parte generale: La morfologia e la funzione degli elementi figurati del sangue, le proprietà del plasma e del siero, il ricambio emoglobinico, i gruppi sanguigni, i tessuti emopoietici, la tecnica per la ricerca ematologica, costituiscono i principali argomenti svolti da Ferrata, Gayda, Pellegrini, Introzzi, Villa, Greppi, Artom, Lattes. Evidentemente, a parte i capitoli svolti da Ferrata e dai suoi allievi, non potevano essere scelti in Italia, autori più competenti quali Lattes per i gruppi sanguigni, Greppi per il ricambio emoglobinico, Veratti per le culture in vitro.

La vasta bibliografia che è al termine di ogni capitolo, l'abbondante iconografia a colori, l'armonicità tra le varie parti di questo primo volume, fanno di esso una trattazione utilissima, indispensabile a chi si occupi dei mo-

derni problemi dell'ematologia. Così particolarmente interessanti sono le questioni relative alla genesi delle cellule del sangue riguardo alla quale la moderna concezione unitaria del Ferrata ha assunto importanza fondamentale, le questioni riguardanti l'origine delle piastrine, il significato dei monociti, le funzioni del sistema reticolo endoteliale, il quadro biochimico dell'emolisi normale e patologica.

La prima parte del II volume assume alto interesse sopratutto dal punto di vista clinico, così utilissimo è il capitolo della semeiologia generale ematologica, il quale in modo assai chiaro può indirizzare anche il pratico alla interpretazione delle manifestazioni ematologiche nei vari stati fisiologici e patologici (anemie in generale, eritrocitosi (leucocitosi, leucopenie, piastrinosi, ecc.).

A detto capitolo ne fa riscontro un altro pure molto interessante nel quale sono trattate le modificazioni ematologiche nelle malattie non emopatiche, specie nelle malattie infettive. Fa seguito la descrizione della clorosi perchè, secondo gli AA., la teoria patogenetica più favorevolmente accolta fa oggi della clorosi una sindrome da carenza ormonica e considera le alterazioni della crasi sanguigna come secondarie al detto disturbo endocrino. Lo Zavattari con grande competenza svolge tra le malattie parassitarie del sangue la filariosi, la schistosomiasi, la tripanosomiasi, la leishmaniosi, la malaria.

I contributi italiani importantissimi, sia quelli classici della Scuola Romana sulla malaria, sia quelli più recenti (Castellani) sulla m. tropicale sono ampiamente ricordati.

Bene svolto sotto ogni punto di vista è il capitolo di Villa sulle anemie perniciose: sia le appassionanti attuali questioni patogenetiche sulla m. di Biermer, sia l'estrinsecazione clinica di questa nella sua forma più tipica e nelle sue molteplici varietà, e gli indirizzi terapeutici moderni sono svolti dall'A. con profonda conoscenza della materia e con concetto altamente scientifico e clinico.

Chiude la prima parte del II volume un notevole capitolo del Greppi sulle malattie della milza.

Dalle nozioni sulla struttura anatomica, ai richiami di fisiopatologia, l'A. passa a trattare le principali malattie nelle quali la milza ha importanza prevalente. Così interessante è in particolar modo la trattazione delle anemie splenomegaliche, del morbo di Banti, della linfogranulomatosi splenica. Chiudono infine il capitolo del Greppi le sindromi splenoemolitiche e le splenomegalie primitive, costituendo un'organica trattazione di argomenti che appartengono ai più interessanti e dibattuti problemi della patologia.

L'opera del Ferrata la quale sarà presto completata dalla pubblicazione della 2ª parte del II volume, appare un lavoro utilissimo sia al cultore della clinica come scienza, sia al medico che desideri approfondire le proprie nozioni: tale opera fa veramente onore non solo alla Scuola del Ferrata ed ai suoi collaboratori, ma a tutta la scienza medica italiana.

A. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI

A. Missiroli. *Lezioni sulla epidemiologia e profilassi della malaria.* Un vol. in-8° gr., di pagg. 552, con 156 fig. e 6 tav. a colori. Edit.: Luigi Pozzi, 1934. Prezzo L. 80; rilegato L. 90.

Caratteristica notevolissima di questo libro è l'impostazione biologica, in conformità ad una concezione venuta sempre più affermandosi e che fa della medicina un ramo — grande e nobilissimo ramo — delle scienze naturali. Anche il trattato di V. Ascoli era impostato sulla stessa concezione: considerava la malaria, nei suoi molteplici aspetti, come la risultante delle manifestazioni vitali dell'ematozoo nell'uomo e nella zanzara. Missiroli ha vedute ancora più larghe e prende in esame i rapporti tra ematozoo, uomo e anofele tra loro e con gli altri esseri viventi. Così tutta l'epidemiologia è impostata sulla nozione di «*cenobiosi*» o equilibrio complesso ed instabile tra i vari esseri che vivono in una data zona; l'epidemiologia ne risulta singolarmente lumeggiata e se ne traggono applicazioni ben definite alla profilassi.

Un'altra caratteristica di queste lezioni è che esse derivano da una esperienza personale diretta estesissima: non solo ne vengono animate, ma compenetrate.

Il Missiroli — già autore di importanti ricerche di fisiologia e d'igiene — per un decennio è vissuto nella malaria e per la malaria, organizzando un istituto di prim'ordine e facendo realizzare i progressi ben noti. Egli ora è in grado di esporre osservazioni proprie, esperienze proprie, giudizi propri. È così che le misure profilattiche non sono poste tutte sulla stessa linea, come in tante altre trattazioni, ma considerate nel loro valore relativo e in rapporto alle varie contingenze locali.

Anche la terapia si inquadra nella profilassi, ma solo in quanto essa porta a far esaurire le sorgenti d'infezione.

Tutta la trattazione è ispirata a criteri di praticità; per es., sono descritti nei particolari i metodi di colorazione dei parassiti malarici ed i caratteri differenziali delle specie e varietà di anofeli.

Il libro si allontana al massimo grado dalle opere di compilazione; ma, pur non essendo sistematico, risulta completo e armonico in ogni sua parte.

Lo sviluppo dato alla profilassi, l'importanza sociale attribuita all'igiene, rispondono al mònito di Mussolini, con cui si apre il volume: «Preferiamo prevenire piuttosto che reprimere».

L. Verney.

C. FERMI. *Regioni malariche. Decadenza, risanamento e spese.* « *Sardegna* ». Vol. primo, in-4°, di pagg. XXXII-1344. Tipografia Editrice di Roma, S. A. 1934-XIII. Prezzo: Italia L. 110; Estero L. 120.

C. FERMI. *Trattato sui metodi di lotta antianofelo-malarica.* Vol. di pp. XX-602. Roma, Scuola di Tipografia G. Giudice. Prezzo: L. 60.

Per i due volumi: concessionario nel Regno e Colonie; Giuseppe Solinas, via Scano, 2, Sassari; per l'Estero: Ivo Long, via Farini, 4, Roma.

Nella prima di queste opere l'A. prende in esame il problema della malaria in Sardegna sotto molteplici aspetti: storici, geofisici, economici, agricoli, sociali. Egli accumula una quantità veramente formidabile di dati. Da ultimo tratta della lotta antimalarica; questa parte è anche pubblicata a parte e forma, così, il secondo dei due volumi sopra annunziati.

Le conclusioni derivano in modo semplice dai dati raccolti, che parlano quasi di per sè stessi.

Così, nei riguardi dei rapporti tra malaria e decadenza dei popoli, risulta che la malaria, più che esser causa, è effetto della decadenza; ma si stabilisce un circolo vizioso.

Il lavoro dimostra di quale fibra di lavoratore sia dotato il Fermi e costituisce una ricchissima miniera per gli studiosi — A. P.

G. PITTALUGA. *El tratamiento del paludismo.* Un vol. in-16°, di pagg. 108. Madrid, presso l'A. (Facultad de Medicina), 1934. Pesetas 2,50.

L'A. tratta con ampiezza il problema terapeutico della malaria: rimedi usati, azioni sulle varie fasi dei parassiti e sulle varie forme di malaria, vie di somministrazione, dosi, fatti d'ipersensibilità e d'intolleranza verso la chinina e verso altri rimedi, associazioni medicamentose. Ne deriva una trattazione completa e molto aggiornata, pur in piccola mole.

A. P.

M. PIERY. *Traité de Climatologie biologique et médicale.* Editore Masson, Parigi. Prezzo Fr. 330.

Quest'opera ponderosa in tre grossi volumi è stata pubblicata sotto la direzione di M. Piery da numerosi autori.

Ogni collaboratore è uno specialista nell'argomento trattato.

Tutta la vasta materia sulla influenza del clima e dei suoi componenti, sulle varie manifestazioni vitali, sull'organismo umano, sulle diverse attività sociali e individuali, sulle sue azioni terapeutiche, è ampiamente trattata.

Si tratta di un'opera di consultazione veramente completa.

È illustrata da numerose figure, schemi e grafici. — DR.

A. PUGLIESE. *Fisiologia.* Terza edizione. Un vol. in-8°, di 846 pagg., con 326 fig. in nero e colori. U. Hoepli, Milano, 1935. Prezzo L. 60.

A soli cinque anni di distanza dalla seconda, si presenta ora questa terza edizione notevolmente aumentata nel numero delle pagine e delle figure e riveduta nei tratti in cui apparivano più utili le modificazioni.

All'interessante capitolo sui fenomeni generali della vita, indispensabile per chi voglia comprendere l'essenza della fisiologia, segue la parte speciale riguardante la vita organica e vegetativa e quella della vita di relazione (movimento, meccanica animale, sistema nervoso, funzioni sensoriali). Da ultimo, l'appendice in cui sono considerati la base chimica del corpo animale ed il metabolismo intermedio, ivi comprese le vitamine, gli ormoni, gli enzimi.

La precisione dei dati, completi ed aggiornati e l'esposizione chiara ed efficace sono i pregi essenziali di questo trattato, adatto per gli studenti, come per il medico colto.

fil.

Prof. ALDO LUISADA. *Appunti di dietetica.* « Rass. Internaz. di Clin. e Terapia », Napoli, 1934-XIII. L. 6,50.

Le pubblicazioni di terapia pratica fatte con criterii moderni dobbiamo dire che sono piuttosto rare in Italia; e altrettanto trascurata è la dietetica che è ramo importante della terapia. La ragione di ciò deve esser ricercata nel fatto che non si è riconosciuta, da noi, alla terapia, una autonoma dignità scientifica; manca, pertanto un vero e proprio insegnamento della materia che i profani tenderebbero a ritenere la fondamentale dei nostri studi. I corsi liberi per quanto valorosissimi siano i docenti che li tengono, e il Luisada è certo tra questi, non esercitano mai, nè lo potrebbero, quell'influenza culturale che, sola, potrebbe creare nei medici una coscienza « terapeutica ».

Il Luisada, che ha riunito in questo volumetto le sue lezioni riguardanti la terapia dietetica, ha, secondo me, fatto soprattutto un'opera buona per due ragioni: 1) perchè ha approntato un prontuario che mette in luce le più importanti questioni di una branca d'importanza fondamentale in terapia, quale è la dietetica; 2) perchè non ha disdegnato di scrivere un libro pratico per la pratica, venendo così a dimostrare, che anche un cultore della clinica medica come scienza, quale è il Luisada, può non solo colla parola ma anche cogli scritti, utilmente e in modo lodevole esercitare una attività didattica.

Il manuale, scritto in modo semplice ma preciso, è bene aggiornato ed è svolto con indirizzo sopratutto clinico, e pratico. Esso riuscirà pertanto di indubbia utilità ai

medici specialmente, agli studenti e come lo Zagari giustamente rileva nella prefazione al bel Manualetto del Luisada, agli infermi stessi dato che il libro per la sua chiarezza si presta a una facile comprensione.

M. MESSINI.

L'année pédiatrique par R. BROCA e J. MARIE. Ed. Masson. Vol. in-8°, di pagg. 166.

Con questo volume, pubblicato sullo stampo di altre « années », come la terapeutica, la radiologica ecc. e destinato, come quelle, a raccogliere la descrizione e la messa a punto di un certo numero di malattie, gli AA. hanno inaugurato una raccolta di piccole, ma complete e aggiornatissime monografie su sindromi morbose infantili.

E precisamente: l'acrodinia, la malattia di Still, la linfogranulomatosi maligna, le setticemie meningococciche, la nefrosi lipoidea, il piocetalo del lattante, l'edema polmonare del lattante, l'eritema nodoso nei suoi rapporti con l'infezione tubercolare, le pielonefriti colibacillari, la profilassi del morbillo ecc.

Ogni capitolo è trattato con rapida chiarezza; un cenno di storia, niente patogenesi; pochi nomi, nessuna teoria. Invece una sintomatologia accuratamente esperta e una cura dettagliata e moderna; molte illustrazioni.

In complesso un libro ad orientamento pratico, svelto, utilissimo: apre la serie delle *Années pediatriques* e ci auguriamo che sia seguìto regolarmente da moltissimi altri.

V. SERRA.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 18 gennaio 1935-XIII.

Presidente: Prof. TULLIO TERNI.

Linfogranuloma e reazione biologica di Gordon.

Dott. M. BORTOLOZZI. — L'O. richiama brevemente le teorie sulla genesi del linfogranuloma maligno, soffermandosi particolarmente sulle tubercolari. Constata come recentemente Gordon ed altri AA. Inglesi abbiano potuto produrre una meningoencefalite in conigli inoculati endocerebralmente e contemporaneamente endovena con sospensione in brodo di linfoghiandole invase da granuloma maligno, attribuendo tale lesione con molta probabilità alla presenza di corpiccioli simili ai corpi di Paschen del vaccino. Ottennero tali lesioni anche con filtrato attraverso candela; perciò ritengono che si tratti di malattia da virus filtrabile.

L'O. comunica ulteriori sue ricerche sull'argomento, in base alle quali ritiene di potersi unire a Gordon nel pensare che il linfogranuloma maligno, malattia sicuramente infettiva e diversa dalla tubercolosi, sia dovuta ad un virus filtrabile. Ottenne nel coniglio il tipico quadro anche con linfoghiandole fissate in formalina al 10 % da 40 ore; mai però potè trasmettere la malattia da animale in animale.

Presentazione di 4 casi trattati con un metodo di vaccinazione antitubercolare con bacilli morti, per via orale.

Dott. A. SALA. — L'O. espone quattro casi di vaccinazione antitubercolare con bacilli morti, per via orale, mediante un metodo particolare da lui seguito da circa un settennio.

Si riserva un giudizio definitivo sulla bontà di detto trattamento curativo in una prossima comunicazione, avendo un centinaio di casi già trattati od in corso di vaccinazione.

Ricerche chimiche, farmacologiche e chemoterapiche per composti organo-mercuriali.

Dott. B. BREYER. — L'O. espone i criteri generali che devono guidare nella preparazione di composti organo-mercuriali ad attività chemoterapica.

Riferisce poi alcune ricerche da lui fatte in base a tali criteri.

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 20 gennaio 1935.

Presidente: Prof. Sen. D. GIORDANO.

Micosi vegetante ed ulcerativa dovuta ad Acremonium Poltronii.

Prof. G. B. FIOCCO. — La osservazione riguarda un ortolano di 63 anni il quale presentava delle ulcerazioni alla mano con linfangioite e linfadenite. In questo caso la diagnosi particolarmente difficile potè essere fatta oltre che mediante la accurata osservazione clinica, con vari esami microscopici e culturali. Coll'esame diretto fu infatti identificato che l'agente patogeno doveva ascriversi agli Ifomiceti, e coll'esame culturale in terreni di Sabouraud, si potè definire il paras-

sita quale l'Acremonium Poltronii. Vennero anche eseguite sia la cutireazione specifica che la reazione di Widal ed entrambe riuscirono positive. In tal modo si potè escludere con assoluta certezza che si trattasse di una piodermite vegetante, o di lesioni dovute ad altri ifomiceti (Blastomicosi, Sporotricosi, Actinomicosi). L'Acremonium Poltronii è un parassita che vive saprofiticamente nelle piante: esso raramente è patogeno per l'uomo e scarse sono le osservazioni descritte. Può dare forme generalmente a sviluppo lento che si possono distinguere in un tipo gommoide, in un tipo tubercoloide ed in un tipo sifiloide; il parassita può dare anche lesioni articolari e periarticolari. L'O. infine dimostra numerose proiezioni riproducenti la lesione cutanea ed i reperti microscopici diretti, e presenta pure varie culture del parassita le quali offrono un particolare interesse, poichè dai caratteri di queste risulta trattarsi di una varietà ancora non descritta e che l'O. propone di denominare giallo-grigia.

La sacro-ileite; considerazioni su 35 casi personali.

Prof. MARCONI. — Nel biennio 1933-1934 vennero osservate all'Ospedale al Mare di Venezia 35 sacroileiti su 47 casi di tubercolosi del bacino. Esposti alcuni dati statistici, anatomopatologici e clinici, l'O. accenna oltre alla cura climatica generale ed ortopedica che deve sempre stare in prima linea, al trattamento chirurgico (resezioni, incavigliamenti, artrodesi intra ed extra), che in qualche caso è indicato. L'O. comunica quindi un metodo personale di artrodesi extra che fu già in pratica con buon risultato e che consiste in un ponte osseo quadrangolare, scolpito dalla cresta iliaca nella sua parte posteriore e dal tavolato esterno dell'ala iliaca corrispondente, collocato trasversalmente tra I e II apofisi sacrale e bordo posteriore dell'ileo sotto alla massa muscolare sacro-lombare.

Sopra due casi non comuni di tubercolosi della scapola. Considerazioni cliniche e radiologiche.

Dott. MOCCIA. — La prima osservazione è notevolmente rara essendo il processo localizzato al corpo dell'osso. Nel secondo caso la localizzazione tubercolare era a carico dell'acromion ed aveva dato un voluminoso ascesso freddo al braccio sinistro; fu praticata la resezione sottoperiostea dell'acromion e si ottenne in 20 giorni una perfetta guarigione con integrità funzionale dell'arto corrispondente.

Malformazioni reno-ureterali e malattie varie dell'apparato urinario.

Dott. PLACITELLI. — L'O. espone numerosi casi di malformazioni renoureterali, che dimostra con radiogrammi, facendo notare la frequenza con cui in tali casi coesistono svariate lesioni del rene, della pelvi e dell'uretere.

Discussione: Prof. FORNI. — Fa notare la importanza della endoscopia e della indagine radiologica, mediante le quali soltanto è possibile giungere ad una esatta diagnosi di malformazione renoureterale. Aggiunge inoltre ripetendo le conclusioni di una sua precedente comunicazione alla Società Medico-chirurgica Veneziana che non ritiene doversi attribuire alla presenza di vasi anomali una importanza nella patogenesi di alcune affezioni renali.

Prof. GIORDANO. — Ricorda di aver diagnosticato ed operato molti casi di malformazioni reno-ureterali, anche prima che la indagine endoscopica e radiologica venissero praticate comunemente; concorda sulla importanza di tali ricerche, quale complemento allo studio clinico del malato, in quanto che possono facilitare e render certa una diagnosi. Fa notare che rientra nelle regole comuni della patologia che un viscere il quale presenti delle anomalie di sviluppo e morfologiche ammali più facilmente e che d'altra parte sono appunto questi casi in cui alla malformazione coesiste una malattia del rene, della pelvi e dell'uretere quelli che cadono sotto la nostra osservazione in quanto che i soggetti che presentano malformazioni renoureterali si presentano al chirurgo solo allorchè compaiono disturbi connessi ad una malattia del sistema uropoietico. Quanto alla importanza che i vasi anomali possono avere nella patogenesi di alcune malattie renali, dichiara, in base a numerose osservazioni personali, in cui ottenne la guarigione delle lesioni renali, pieliche ed ureterali mediante la semplice sezione del vaso anomalo, di essere proclive ad ammetterla. *Il Segretario*: Prof. C. CICERI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Sulla dissenteria amebica.

Il violento insorgere dell'epidemia di amebiasi a Chicago nell'estate del 1933 ha richiamato in onore il problema di questa malattia, a cui i medici americani sono venuti dedicando, in questi ultimi tempi, lunghe ricerche di clinica e d'igiene.

G. W. Mc Coy e A. S. Chesley (*Journ. Amer. Medic. Assoc.*, 13 ott. 1934) ricordano quanto sia stata violenta l'epidemia di Chicago; e come, prima di essere identificata, essa abbia condotto a numerosi errori chirurgici (operazioni di appendicite, di colecistite ecc.).

Gli AA. si occupano particolarmente della sorgente d'infezione: essa sembra essere rappresentata, sopratutto, dai vegetali crudi, concimati con deiezioni umane, dalle mosche (il cui significato di vettori non è però ancora dimostrato con certezza), le acque infettate per insufficienza di protezione e, infine, i portatori di amebe.

Quest'ultimo lato del problema ha dato luogo a grandi discussioni e contrasti e, per la sua stessa incertezza, originato in alcune città americane delle restrizioni draconiane.

In realtà il problema dei portatori si fa veramente urgente quando lo si riferisca a tutti quei soggetti che hanno contatto col cibo; da chi lo vende al cuoco che lo manipola: d'altra parte l'esame sistematico delle feci di tutti questi individui (sono migliaia e migliaia) è praticamente irrealizzabile. Ci si limiterà dunque al controllo dei casi sospetti, trattandoli poi come malati acuti anche se, oltre la presenza dei parassiti, essi non presentino altri fenomeni morbosi. V. SERRA.

L'intensiva alcalinizzazione nell'ulcera gastro-duodenale.

Beco (*Presse médicale*, 1934, n. 57) raccomanda nei casi acuti il riposo in letto per 1-3 settimane; quando il paziente si alza, si raccomanda di fare pochi movimenti. Gli si prescrive:

Carbonato di bismuto		
Carbonato di magnesio	ana g.	100
Bicarbonato di sodio	g.	50

Un cucchiaio da tè ogni 2 ore, in un po' di latte o di acqua; alla sera, il doppio; in tutto, 8-10 volte al giorno, nella prima settimana (eventualmente 1-2 anche di notte se il sonno è disturbato). I dolori e gli spasmi scompaiono in 1-2 giorni.

Come dieta: 2 litri di latte, in 5 dosi, ogni 3 ore.

Se la polvere provoca diarrea, diminuire la dose della magnesia, aumentando quella del bismuto; viceversa se dà costipazione. Oppure, sostituire il bicarbonato di sodio, col benzoato, che però si conserva poco bene, sicchè la polvere va rinnovata spesso.

Nella II^a settimana, pane, burro, panna ecc., qualche uovo crudo. Entro 3 settimane, si diminuiscono le dosi della polvere a 3 nella giornata, dando però quelle della sera. In questo periodo, si aggiungono nella dieta patate e legumi evitando accuratamente i cibi acidi. La carne ed i pesci freschi si danno soltanto a guarigione avvenuta ed in scarsa quantità. Alla ricomparsa anche di minimi disturbi, riprendere la terapia della I^a settimana. *fil.*

Il trattamento dell'ematemesi e della melena senza limitazioni nella nutrizione.

E. Meulengracht (*Klinische Wochens.*, 1934, n. 2) raccomanda di non prescrivere le consuete diete di fame nelle emorragie gastriche. In 119 casi, egli ha prescritto, con la dieta sotto indicata i seguenti medicamenti:

bicarbonato di sodio, sottocarbonato di magnesio, ana g. 15; estratto di giusquiamo g. 2; 1 cucchiaino da tè, 3 volte al giorno. Pure 3 volte al giorno, 50 cg. di lattato di ferro.

I pasti sono così suddivisi. Alle 6, tè, con pane al burro; alle 9, tritello di avena con latte e pane al burro; alle 13, pranzo; alle 15, cacao, alle 18, pane al burro e tè. Il pranzo delle 13 consiste di frutta, minestra di legumi o tapioca, creme al latte, braciole, frittata, polpette di pesce, sformato di legumi, purea di patate. Quantità *ad libitum*.

I risultati sono buoni; l'alimentazione non più limitata agisce da emostatico. Il quadro sanguigno come lo stato generale migliorano rapidamente meglio che con la consueta dieta da ulcera. *fil.*

Sull'asportazione dell'appendice nella tubercolosi ileo-cecale.

La maggior parte dei testi di chirurgia non prende in considerazione nella diagnosi differenziale dell'appendicite acuta, la tubercolosi ileo-cecale. Quest'affezione può dare sintomi acuti (febbre, dolore, difesa, polso frequente, ecc.) come l'appendicite ed anche le ricerche ematologiche e radiologiche spesso non danno criterî differenziali.

Secondo Mandl (*Zbl. f. chir.*, 46, 1933) in tali casi, in cui la giusta diagnosi può porsi ad addome aperto, è nettamente controindicata l'appendicectomia per i pericoli che questo intervento importa come dimostrano 4 casi di osservazione personale che l'A. riporta in succinto. Questi consistono nella formazione di un ascesso freddo con fistolizzazione successiva e frequente possibilità di peritonite acuta.

Dei 4 casi dell'A., 2 morirono; in 1 la fistola si chiuse dopo molti mesi; 1 è ancora in cura. G. PACETTO.

Il trattamento chirurgico della tubercolosi rettale.

Fausler e Petter (*Surg., Gyn. a. Obst.*, 1933) riassumono i risultati della cura sull'insieme di 700 pazienti del Sanatorio di Glen Lake nel Minnesota.

Essi dividono la tubercolosi rettale in tre categorie:

1) La tubercolosi cutanea perianale, che si suddivide a sua volta in 4 classi: *a)* l'ulcera tubercolare anale, con reazione connettivale abbondante, operabile; *b)* la tubercolosi cutanea dell'orifizio, con scarsa reazione, non conveniente di operare; *c)* la tubercolosi miliare, episodio terminale, non curabili; *d)* la tubercolosi cutanea a tipo lupoide operabile.

2) L'ascesso e la fistola perirettale, lesioni assai comuni e molto diffuse. Si iniziano con un piccolo nodulo indolente che cresce in un mese circa e poi si apre dando esito a liquido siero-purulento.

3) Le ulcerazioni rettali tubercolari diffuse, spesso associate con enterite tubercolare, a prognosi infausta.

La cura chirurgica deve essere radicale ed energica: gli AA. usano il coltello diatermico. Spesso praticano una biopsia per accertare la natura della lesione.

Nelle cure postoperatorie gli AA. includono un bagno o due quotidiani. V. GHIRON.

Il prolasso degli ani iliaci sinistri.

Amza Janu (*Gazette des Hôpitaux*, 31 gennaio 1934) parla della notevole frequenza del prolasso degli ani definitivi iliaci sinistri e ne riporta tre casi a lui capitati negli ultimi tempi.

Riguardo alla etiologia e patogenesi bisogna distinguere: fattori predisponenti dati dalla lunghezza del meso e dalla debolezza della parete addominale; fattori determinanti dati dallo sforzo sia attivo che passivo.

Dal lato anatomo-clinico si distingue: il prolasso mucoso, il prolasso totale a due cilindri (che si forma quasi sempre nel capo inferiore), il prolasso strozzato (non si tratta di vero strozzamento ma semplicemente di fenomeni infiammatori).

Nei tre casi osservati dall'autore il prolasso era comparso circa 2 mesi dopo l'intervento operatorio eseguito in due casi per rettite stenosante linfogranulomatosa ed in uno per cancro dell'ampolla.

Nel 1° individuo si aveva prolasso totale dei due capi con strozzamento; nel 2° prolasso mucoso; nel 3° prolasso totale. Nei primi due casi il prolasso si era manifestato lentamente, nel terzo bruscamente in seguito a sforzo. Si è intervenuto chirurgicamente con buon risultato nei primi due casi, invece nel terzo si è applicata la sola riduzione per opposizione del malato a un intervento chirurgico.

Come conclusione l'autore dice che il trattamento deve essere chirurgico, eccetto nei malati con neoplasmi inoperabili; in questi si può provare un semplice « cerclage alla Thiersch ». Si può seguire il metodo extraperitoneale, che è una semplice resezione della mucosa prolassata; e il metodo intraperitoneale, che si può fare per via intraaddominale, vale a dire a distanza del prolasso nella grande cavità peritoneale, per cui si reseca in blocco l'ansa colica invaginata, e per via extraaddominale, che apre la cavità peritoneale passando al limite periferico del cilindro esterno, vale a dire in un peritoneo già vaccinato e isolato per aderenze.

La miglior cosa è di resecare il prolasso, di rimpicciolire la colostomia con la sutura della parete o con un cerclage e proscrivere l'apparecchio collettore specialmente quelli a ventosa tipo Reverdin, che favoriscono, anzi possono addirittura provocare il prolasso.

U. BRACCI.

L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA.

La terapia della poliomielite con le iniezioni di virus antirabico.

Gli effetti che si possono attendere dalla terapia con siero di convalescente nella poliomielite sono subordinati alla possibilità di una diagnosi precoce, sempre difficile, e sono, anche in queste condizioni, molto discussi. Una terapia causale dovrebbe rispondere ai seguenti requisiti:

1) il suo punto di attacco deve essere poliotropo, concordando con quello del virus poliomielitico;

2) il suo effetto deve essere contrario a quello del virus;

3) deve attenuare la disposizione dei tessuti nervosi ai processi infiammatori;

4) deve promuovere la reattività degli elementi nervosi stessi.

Il virus rabico risponde alla prima esigenza. Esso inoltre presenta altre affinità con il virus della poliomielite. Esistono delle ricerche che dimostrano che le scimmie antropoidi, rese immuni contro l'idrofobia presentano difesa anche contro l'infezione poliomielitica. Circa il terzo punto, le statistiche di Högyes sulla terapia dell'idrofobia con il suo metodo, rassicurano contro il rischio di una mielite provocata dalle iniezioni di sostanza cerebrale. La possibilità che gli elementi nervosi danneggiati dalle tossine della poliomielite possano reagire è la condizione fondamentale di ogni tentativo terapeutico. Usando la terapia con il virus rabico questa possibilità si deve tanto al virus rabico che alla sostanza cerebrale con esso inoculata ed è dovuta ad un ignoto procedimento biologico reattivo che si svolge fra la tossina del virus dell'idrofobia e gli elementi nervosi insufficienti, ma non ancora divenuti incapaci di reazione. Se non v'è un an-

tagonismo in senso immunologico tra il virus dell'idrofobia e quello della poliomielite, è presumibile un effetto terapeutico del primo sul secondo.

Queste considerazioni hanno indotto E. Barla-Szabò (*La Pediatria*, 1° gennaio 1935) a provare le iniezioni antirabiche nella cura della poliomielite, seguendo il procedimento di Högyes. Egli ha ottenuto risultati incoraggianti in 17 casi di paralisi subacute. Le iniezioni non recano alcun disturbo ai bambini; negli adulti si ha talora una moderata infiltrazione locale; in generale si ha febbre leggera.

Per valutare esattamente i benefici della cura occorre senza dubbio un largo materiale clinico tratto da epidemie di genio epidemico diverso; il metodo proposto rappresenta comunque una nuova possibilità nella terapia poliomielitica. C. TOSCANO.

NOTE DI RADIOLOGIA.

La colecistografia rapida alla adrenalina.

(S. Zanetti (*Presse Médicale*, 23 maggio 1934) dopo aver messo in evidenza l'importanza della colecistografia rapida col metodo di Antonucci, non solo dal punto di vista di una considerevole riduzione della durata dell'esame colecistografico, ma anche per il valore che ha il « metodo di carico » mediante colecistografia rapida per la diagnosi delle varie forme di colecistite, ricorda come però il metodo, così come è descritto da Antonucci si presta a numerosi inconvenienti: tali la preparazione del malato e la necessità di praticare una fleboclisi glucosata. Allo scopo di semplificare il metodo l'A. ha pensato di provocare l'iperglicemia per mezzo di una iniezione sottocutanea di adrenalina. Le prove a questo scopo praticate hanno dato risultati notevoli. L'iperglicemia adrenalinica ha il vantaggio di semplificare la colecistografia rapida: la dose di 1 mgr. (al massimo 1 mgr. e mezzo) di adrenalina è suscettibile di provocare una iperglicemia sufficiente per ottenere una buona dimostrazione di carico. Per rinforzare l'azione del medicamento si può somministrare, un'ora circa prima della iniezione, 80-100 gr. di zucchero disciolti in un po' d'acqua; ma ciò non è necessario.

L'ombra vescicolare appare molto nettamente, nell'individuo sano due ore dopo l'iniezione e talvolta anche prima. Quest'ombra, più o meno intensa, a seconda l'integrità della funzione epatica e della vescicola biliare, si mantiene per varie ore. Essa è talvolta tardiva ed appare solo alla 6ª, 8ª ed anche 10ª ora. Questo ritardo ha una grande importanza diagnostica in quanto indica un disturbo funzionale del fegato (impossibilità di una glicogenolisi rapida) o della vescicola biliare (concentrazione difettosa) che la colecistografia semplice non può rivelare. G. LA CAVA.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al prof. G. L. di REVERE (abb. 9348):

La più recente e la completa pubblicazione riguardante l'argomento cui accenna è quella del Cazzaniga: *Le basi medico-legali per la stima del danno del delitto o quasi delitto*. Società anonima Istituto Editoriale Scientifico - Milano. B. DI TULLIO.

Impiego dell'istamina mediante la cataforesi. — Al prof. R. D., Livorno:

Il metodo di Deutsch non è che la classica ionoforesi praticata con l'istamina.

Per far penetrare una sostanza nel corpo umano basta porre sulla parte da trattare due elettrodi: uno si bagna con acqua, l'altro della soluzione che si vuol far penetrare.

Si deve tener presente che gli ioni negativi tendono a portarsi verso il polo positivo e quelli positivi verso il polo negativo: se dunque si ha a che fare con un ione negativo (ad es. iodio) si otterrà la penetrazione bagnando l'elettrode negativo con soluzione di ioduro potassico. Lo iodio negativo tende a portarsi verso il polo positivo. Quando invece di ioni semplici si tratta di ioni complessi, si deve tener presente che l'ossigeno, lo iodio, il cloro, i radicali acidi tendono a portarsi verso il polo positivo; l'idrogeno, i metalli e i radicali basici (e con questi la stricnina, l'aconitina ecc.) verso il polo negativo (e bagneranno dunque l'elettrode positivo). E. MILANI.

VARIA

I medici in Russia.

Il secondo piano quinquennale prevede un vasto programma nel campo dell'igiene e specialmente in quello che concerne il numero dei medici. Benchè i territori dell'Unione ne contassero 76.000 dopo i cinque anni dal primo piano (in luogo dei 20.000 sotto l'Impero) questa cifra è ancora insufficiente. Nel 1928 il numero degli studenti in medicina era di 26.000; nel gennaio di quest'anno raggiungeva i 48.000. Il nuovo piano prevede un aumento nella proporzione di 15.000 per il 1934, 24.000 per il 1935, 30.000 per il 1936 e 33.000 per il 1937. Vi saranno in totale più di 600.000 studenti in medicina alla fine del secondo piano quinquennale. Gli studenti supplementari avranno tutte le loro spese pagate: sono stati previsti 5 miliardi e 400 milioni di rubli su un totale di 25 miliardi del preventivo generale dell'igiene.

Gli studenti arruolati dall'Unione dovranno subire un esame di ammissione ed una commissione di Stato, indipendente dalle scuole in cui si svolgono gli studi, li esaminerà ogni sei mesi. Si spera che il 75 % degli studenti terminerà i suoi studi; essi diverranno salariati al servizio del Commissariato d'Igiene.

È poi interessante notare che quest'anno il 74 % degli studenti in medicina è rappresentato da donne. (« Bruxelles Médical », 11 novembre 1934).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

II. - Rimedi giuridici contro gli atti degli enti locali e del Prefetto.

Dispone l'art. 5 del T. U. della legge comunale e provinciale 3 marzo 1934, n. 383: « salvo che la legge non disponga altrimenti, contro i provvedimenti delle autorità governative inferiori è ammesso ricorso in via gerarchica alle autorità superiori ». Soggiunge l'articolo 343: « le deliberazioni dei Comuni, delle Provincie e dei Consorzi integrate secondo i casi con visto del Prefetto, o con l'approvazione della G.P.A. o comunque divenute esecutive sono provvedimenti definitivi. Agli atti coi quali viene dalle suddette autorità negata l'esecutività o l'approvazione delle deliberazioni e ai decreti prefettizi che ne pronunciano l'annullamento, è applicabile il disposto dell'articolo 5 ».

Queste disposizioni devono essere ben considerate, perchè modificano in parte l'ordinamento precedente, regolano i rimedi giuridici contro gli atti degli enti autarchici e delle autorità gerarchiche e sono già in vigore.

La prima regola è questa: le deliberazioni dei Comuni ecc., quale che sia l'oggetto di esse, se approvate o rese esecutive dal Prefetto, sono provvedimenti definitivi. L'interessato che voglia esercitare azione di annullamento deve, quindi, ricorrere in sede giurisdizionale: alla G. P. A. o al Consiglio di Stato, a seconda dei casi. Esempio: sulla base dei risultati del concorso il Podestà nomina il medico condotto; il Prefetto rende efficace la deliberazione, vistandola; il provvedimento è definitivo ed è ammesso ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, nel termine di giorni 60 dalla comunicazione. Così è anche se si tratti di provvedimenti approvati dalla G. P. A. in sede di tutela: modificazione di circoscrizioni delle condotte, del trattamento economico ecc.

In tal caso competente, in primo grado, è la G. P. A. in sede giurisdizionale.

Se, però, riferendoci alla ipotesi della deliberazione di nomina, il Prefetto non la renda esecutiva, atto lesivo è quello del Prefetto e contro di esso l'interessato può ricorrere in sede gerarchica nel termine di giorni 30, cioè al Ministero dell'Interno, salvo poi il ricorso al Consiglio di Stato contro il decreto ministeriale. Così è anche per i provvedimenti della G. P. A. *che non approvano* una deliberazione del Podestà. Sin qui le regole sono chiare e non presentano difficoltà pratiche. Ma le situazioni di fatto e gli sviluppi degli atti amministrativi non sono sempre così semplici e non possono essere ricondotti, purtroppo, a ipotesi definite. Ecco un caso che è opportuno segnalare.

Ci spieghiamo meglio con un esempio.

Il Podestà delibera di nominare il secondo graduato; il Prefetto non rende esecutiva questa deliberazione: applicando l'art. 334 già ricordato, è evidente che l'interessato può far valere le sue ragioni, ricorrendo in sede gerarchica contro l'atto negativo del Prefetto. Ma poi il Podestà riesamina la situazione e delibera di nominare il primo graduato, ledendo così l'interesse del secondo che ha fatto ricorso in sede gerarchica contro l'atto del Prefetto. La seconda deliberazione diviene efficace essendo vistata. È sufficiente il primo ricorso? La sorte della seconda deliberazione dipende dal risultato di questo rimedio o è necessario ricorrere anche contro di essa? Non è dubbio che la seconda deliberazione sia provvedimento autonomo e per sè stante, non potendo essere considerata semplice esecuzione dell'atto negativo del Prefetto. È, quindi, provvedimento lesivo e definitivo. Contro di esso, l'interessato deve ricorrere al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale. Praticamente può accadere che la stessa quistione sia risoluta in sede gerarchica e poi in sede giurisdizionale contro il provvedimento ministeriale e, in rapporto alla seconda deliberazione, sia decisa diversamente dal Consiglio di Stato. Può anche verificarsi contraddittorietà di giudicati o un conflitto tra la risoluzione del Ministero in relazione all'atto del Prefetto, e quella del Consiglio di Stato, sul ricorso concernente la seconda deliberazione.

Non è il caso di esaminare ora, da un punto di vista giuridico, questa singolare situazione. Vogliamo soltanto avvertire che, nella ipotesi di un provvedimento negativo del Prefetto e di una successiva deliberazione del Comune resa esecutiva, l'interessato che voglia agire deve ricorrere in sede gerarchica contro il primo atto e in sede giurisdizionale contro il secondo.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

L'assistenza sanitaria ai lavoratori agricoli

Con decreto del Capo del Governo, Ministro per le Comunicazioni, è stato provveduto alla ricostituzione del Consiglio di amministrazione della Federazione Nazionale Fascista delle Casse Mutue di Malattia dei Lavoratori Agricoli. Di esso è stato nominato presidente l'on. prof. Franco Angelini.

La nomina del nuovo Consiglio di amministrazione costituisce il primo passo per l'attuazione di quel più vasto programma di attività che la Federazione si propone di svolgere allo scopo di conseguire un effettivo miglioramento della situazione assistenziale contro le malattie a favore dei lavoratori dell'agricoltura.

Si rileva in proposito che, sebbene per iniziativa della Confederazione Fascista dei Lavoratori dell'Agricoltura, nuove Casse provinciali siano, in questi ultimi tempi, sorte a Pavia, Milano, Verona e Bari, tuttavia non si è ancora raggiunta quella efficienza assistenziale che la dichiarazione XXVIII della Carta del Lavoro tassativamente prevede. Pertanto, in seguito alla ricostituzione del Consiglio della Federazione, la Confederazione dei lavoratori dell'Agricoltura, in perfetta intesa con il Ministero delle Corporazioni, inizierà sollecitamente, d'accordo con la Confederazione degli Agricoltori, una efficace azione per istituire la Cassa Mutua Malattie in tutte le provincie dove essa appare tecnicamente ed economicamente possibile e dove gli attuali contratti collettivi di lavoro ne contemplino la istituzione.

Cronaca del movimento professionale.

Per la tutela professionale degli oculisti.

Riunitisi presso la sede del Sindacato dei Medici di Milano, un gruppo di oculisti hanno votato un ordine del giorno con cui si riafferma che la misurazione della vista è atto essenzialmente medico e che gli ottici possono soltanto confezionare e vendere occhiali e lenti dietro prescrizione medica. Di conseguenza si richiama l'attenzione delle autorità perchè sia tutelata la dignità professionale del medico.

Nella sede della Confederazione Fascista dei Commercianti ha avuto luogo, sotto la presidenza del comm. Enrico Broili, un Convegno nazionale dei commercianti in ottica e articoli fotografici.

Dopo discussione degli argomenti posti in esame, l'assemblea ha approvato all'unanimità un ordine del giorno contro ogni abusivismo professionale.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Aquila. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Concorso per titoli ed esami ai posti di Direttore delle Sezioni dispensariali provinciali di Avezzano e Sulmona; L. 7.000 ritenute e riduzioni; indennità di trasferta e diarie. Scad. ore 12 del 15 marzo. Età limite 45° anno al 10 genn. Tassa L. 50,10. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria.

Ancona. *Consorzio antitubercolare.* — Concorso, per titoli, al posto di direttore della sezione dispensariale di Osimo. Limite età anni 40; diploma abilitazione esercizio medico chirurgo; stipendio L. 8000, oltre indennità servizio L. 2000. Scadenza 8 aprile 1935-XIII. Per informazioni rivolgersi Segreteria del Consorzio presso la Provincia di Ancona.

Catanzaro. *Ospedale Civile.* — Aiuto medico e radiologo al Reparto Sanatoriale con incarico di radiologo dell'Ospedale Civile; competenza in tisiologia e in radiologia. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Congregazione di Carità. Scad. ore 14 del 30 marzo. Tassa L. 50,10. Documenti a 3 mesi dal 23 gennaio. Stip. L. 4000 annue soggetto alle riduzioni del 12 % ed alle altre ritenute di legge.

Fano. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 15 febbr.; due medici assistenti nel Civico Ospedale S. Croce; stip. L. 5000, serv. att. L. 480, c.-v., compartecipazione; nomina e conferma biennali.

Forlì. *Ospedale G. B. Morgagni.* — Scad. 15 marzo. Direttore sanitario e medico primario: L. 3000 come direttore, e L. 12.000 come primario, oltre compartecipazione. Pratica, congiunta o divisa, di anni 4 almeno presso una Clinica Universitaria o presso un Ospedale con non meno di 100 letti se in qualità di primario e con non meno di 200 letti se in qualità di aiuto. Età non superiore ad anni 45, salvo e. l. e salvo per coloro che ricoprono analogo posto presso altri Ospedali per i quali il limite massimo di età viene elevato a 50 anni. Libera docenza in clinica o patologia medica. Tassa L. 50. Rivolgersi Congregazione di Carità.

Idria (Gorizia). *R. Miniera.* — Scad. 31 marzo. Medico; stipendio L. 12.600; c.-v. Abitazione ed illuminazione elettrica gratuite. Lo stipendio è al netto di qualsiasi riduzione. Età massima anni 35 s.e.l. Certificato dei punti negli esami speciali e di laurea ed eventualmente nell'esame di Stato. Obbligo della residenza. Il nominato viene assunto con le norme dell'impiego privato (R. D. L. 13 novembre 1924, n. 1825).

Imperia. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Scad. 6 aprile. Concorso per esami e per titoli a Direttore del Consorzio e Direttore del Dispensario Provinciale; L. 24.000 e indennità servizio attivo L. 6000; ritenute, ma non riduzioni di cui ai Regi Decreti Legge 20 novembre 1930, n. 1491 e 16 aprile 1934, n. 561. Età, al 26 gennaio 1935-XIII, anni 32-46 s. e. l. Abilitazione all'esercizio della professione da almeno 5 anni dal 26 gennaio 1935-XIII; certificato dei punti conseguiti per ogni materia di studio. Certificati di specialista in tisiologia. Tassa L. 50.

LA SPEZIA. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele II.* — A tutto il 31 marzo 1935-XIII è aperto il concorso per medico specialista di radiologia e terapia fisica. Chiedere copia dell'avviso di concorso alla Segreteria dell'Ospedale.

MESTRE (Venezia). *Ospedale Civile.* — A tutto 12 aprile concorso per titoli ed eventualmente esami ad Aiuto Chirurgo. Rivolgersi alla Segreteria.

MILANO. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 20 marzo. Concorso, per titoli e per esami, ad un posto di Medico Direttore di Sezioni Dispensariali; stip. L. 14.000 soggetto alle riduzioni e alle trattenute di legge. Obbligo di prestare almeno 18 ore settimanali di servizio non esclusa la domenica. I gruppi delle sedi Dispensariali, ciascuna delle quali comprende un gruppo di Comuni, sono 5. Ai Direttori di Sezioni Dispensariali è vietato l'esercizio professionale soltanto nelle singole circoscrizioni alle quali verranno assegnati. È ammessa però la consulenza anche in tali circoscrizioni, su richiesta del medico condotto. Trasferte. Età limite al 20 gennaio anni 40. Diploma di abilitazione da almeno due anni al 20 gennaio. Tassa L. 50,10. Domanda e documenti alla Segretria, via Monforte 35.

OSIMO. — (Vedere ANCONA).

POGGIODOMO (*Perugia*). — Cercasi Medico Chirurgo interino, massimo anni 35. Stipendio mensile L. 800 lorde, cavalcatura a carico del Comune. Inviare domanda e documenti al Podestà.

PRASOMASO (*Sondrio*). — Concorso, per titoli ed eventualmente per esame, ai posti di 1° e 2° Assistente nel *Sanatorio Umberto I.* Età non superiore 35; documenti di rito. Stipendio rispettivamente L. 8000 e L. 7200 al lordo della R. M. Guardie 100 mensili; vitto ed alloggio « ad personam ». Scadenza 28 febbraio 1935-XIII.

RAVENNA. *Ospedale Civile S. Maria delle Croci.* — Concorso per titoli, ed eventualmente esami, ad Aiuto Chirurgo. Rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità, via Diaz, 2. Scad. ore 12 del 5 marzo 1935-XIII. Età limite 31 anni; tassa L. 50,10. Stip. L. 5000, oltre L. 1200 indenn. vitto, c.-v., compartecipazione.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Con decreto Ministeriale del 1° dicembre 1934-XIII, pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » del 5 gennaio c. a. e riportato nel « Giornale Militare » del 25 stesso mese, è indetto un concorso, per titoli e per esami, a 35 posti di tenente medico in servizio permanente effettivo nei Corpo sanitario del R. Esercito.

A tali concorsi potranno partecipare gli ufficiali in s. p. e. e di complemento, i sottufficiali e militari di truppa in servizio o in congedo, di qualsiasi arma o corpo, nonchè i medici civili, che tutti non oltrepassino il 32° anno di età alla data dei decreti. Per i concorrenti che abbiano prestato servizio militare durante la guerra 1915-18 sarà tenuto conto del disposto dell'art. 42 del R. decreto 30 settembre 1922, n. 1290, che eleva di cinque anni il limite di età stabilito nei vari concorsi. Per coloro che risultino regolarmente iscritti ai Fasci di combattimento senza interruzione, da data anteriore al 28 ottobre 1922, il detto limite è elevato di quattro anni.

I concorrenti dovranno far domanda in carta da bollo da L. 6 al Ministero della Guerra (Direzione generale personale ufficiali), presentandola, non oltre 60 giorni dalla data di pubblicazione del decreto sulla « Gazzetta Ufficiale», al Comando del Distretto cui sono effettivi, oppure, se in servizio militare, al Comando del Corpo od ente dal quale dipendono. Seguono, nei decreti, le dichiarazioni da fare nelle domande, i documenti da presentare, le norme del concorso ed, a parte, i programmi d'esame.

SIENA. *Società di Esecutori di Pie Disposizioni.* — Due posti di medico praticante presso l'Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò, a titolo di posti di perfezionamento; indennità di servizio L. 700 mensili nette; indenn. guardie; camera arredata; età limite 30 anni. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria della Società (via Roma 41). Scad. ore 17 del 4 marzo.

TARANTO. *Ospedale Civile « SS. Annunziata ».* — Scad. 25 febb Concorso per titoli ed esami a due medici assistenti; stipendio L. 3000; compartecipazione. Indennità giornaliera di L. 36 per ogni turno di guardia di 24 ore; trattenute ed eventuali riduzioni di legge. Età limite anni 30 all'8 gennaio.

VERONA. *Amministrazione Provinciale.* — A tutto il 15 marzo 1935, XIII, è aperto il concorso al posto di medico di sezione presso l'Ospedale Psichiatrico di Verona. Stipendio iniziale L. 14.400; stipendio a maturazione di tutti gli aumenti periodici lire 19.500, il tutto diminuito delle riduzioni e trattenute di legge. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

BORSE DI STUDIO

X^a Borsa di studio Wassermann

Presso l'Associazione Naz. Italiana Fascista Dottoresse in Medicina e Chirurgia di Salsomaggiore (Parma) è aperto il concorso per una borsa di studio di L. 5000 da assegnarsi ad una dottoressa italiana, laureata in Medicina e Chirurgia, che intenda compiere un anno consecutivo di studi di perfezionamento presso una Università od Istituto Superiore del Regno.

L'assegno sarà corrisposto in rate trimestrali anticipate di lire mille ciascuna, con decorrenza dal 15 marzo 1935, dietro presentazione (per la II, III, IV rata) di un certificato della Segreteria dell'Università o dell'Istituto Superiore da cui risulti l'iscrizione e la regolare frequenza al Corso o ai Corsi di perfezionamento.

Le ultime mille lire saranno versate alla vincitrice del concorso alla fine dell'anno di studio, ove essa ne dimostri il buon esito, presentando un lavoro pubblicato.

La scelta dell'Università od Istituto Superiore è in facoltà della concorrente, ma deve essere subordinata alla approvazione della Commissione aggiudicatrice. Si terranno in maggior considerazione le domande delle concorrenti che dichiarassero di volersi dedicare alla Ostetricia e Ginecologia, oppure alla Chimica Biologica.

La Commissione aggiudicatrice, composta di tre medichesse, sarà nominata dal Consiglio dell'Associazione alla scadenza del termine di concorso.

Le domande in carta libera dovranno essere indirizzate alla Presidente dell'Associazione Nazionale Italiana Fascista Dottoresse in Medicina e Chirurgia, prof.ssa dott.ssa Myra Carcupino Ferrari, Salsomaggiore (Parma) non più tardi del 20 marzo 1935, corredate dai documenti. Chiedere il testo dell'annunzio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

In esito al concorso per la cattedra di Clinica oculistica nella R. Università di Perugia, il prof. Donato Cattaneo, primo classificato, ha occupato il posto per quest'anno scolastico, mentre pel prossimo anno egli è stato chiamato a Parma. A sostituirlo è stato già chiamato, con votazione unanime, il prof. Salvatore Sgrosso, secondo classificato.

Il gr. uff. dott. W. S. Bainbridge è nominato presidente dell'Associazione dei medici militari degli Stati Uniti d'America.

Il prof. conte Amalio de Gimeno y Cabañas, presidente dell'Accademia nazionale di medicina di Spagna, è stato decorato con la medaglia d'oro della Facoltà di medicina dell'Università di Amburgo. La decorazione gli è stata rimessa dal prof. P. Mühlens, direttore dell'Istituto delle malattie navali e tropicali di Amburgo e dall'Ambasciatore della Germania.

È confermata definitivamente l'abilitazione alla libera docenza in patologia speciale chirurgica al prof. Pietro Chironi di Roma, ten. colonnello medico in aspettativa A. R. Q.

NOTIZIE DIVERSE.

L'attività del Consiglio delle Ricerche.

La recente attività del Consiglio Nazionale delle Ricerche, che si svolge sotto l'alta direttiva di Guglielmo Marconi, è sottolineata da una pubblicazione uscita in questi giorni sulle indagini che il Consiglio ha affidato agli Istituti, alle RR. Università, alle Scuole Superiori ed alle Stazioni Sperimentali. Alcune di queste ricerche, condotte a fine, avevano lo scopo di risolvere determinati problemi suggeriti da speciali contingenze del momento o sottoposte al Consiglio da organi dello Stato, da organizzazioni industriali; altri invece, e sono la maggioranza, sono indagini che tendono al progresso scientifico e tecnico in campi più vasti di ricerche. Sono spesso lavori di lunghi anni che si svolgono in tappe successive e che quasi sempre hanno bisogno di una larga sperimentazione.

Nel campo della biologia, negli anni 1933 e 1934 hanno condotto « ricerche sui problemi dell'alimentazione » il Laboratorio di fisiologia della R. Università di Napoli, gli Istituti di chimica biologica delle RR. Università di Napoli e Padova, l'Istituto di Farmacologia della R. Università di Genova, l'Istituto di chimica fisiologica della R. Università di Roma.

Gli Istituti di igiene delle RR. Università di Bologna e Genova hanno rispettivamente condotto ricerche sulla biologia del bacillo del tifo, sulla epidemiologia del tifo e sui modi di propagazione del tifo.

4ª Settimana medica Padovana.

Anche quest'anno per iniziativa del Sindacato Provinciale Fascista dei Medici sarà organizzata dal 9 al 16 giugno — in coincidenza con la Fiera Campioni — la Settimana Medica che tanto successo ha avuto negli anni scorsi.

Le lezioni saranno tenute dai professori della Facoltà di medicina e chirurgia che hanno già dato il loro entusiastico assenso.

Prossimamente verrà pubblicato il programma definitivo.

La nuova Clinica oculistica di Genova.

La « città universitaria » di Genova, che per merito del Regime è sorta in questi ultimi anni nella zona di San Martino, si è arricchita di un nuovo e grandioso edificio nel quale ha trovato degna sede la Clinica oculistica della R. Università. Questo edificio, costruito con criteri modernissimi, si compone di quattro piani e di due corpi indipendenti annessi al piano terreno.

L'organizzazione della nuova clinica è stata curata in tutti i dettagli.

Nel complesso, la nuova Clinica Oculistica di Genova può essere considerata tra le migliori non solo d'Italia, ma d'Europa.

All'inaugurazione, il 10 febbraio, sono intervenuti il prefetto, il podestà, il segretario federale, il preside della Provincia, il cardinale Minoretti, i senatori Moresco, Pende, Maragliano, Ovio direttore della Clinica Oculistica di Roma, il prof. Guglianetti direttore della Clinica ocul. di Torino, il prof. Rossi direttore della Clinica ocul. di Pisa, il col. medico della R. Marina prof. Maiorca ed uno stuolo di professori, assistenti e studenti. Il prof. Maggiore, direttore della Clinica, pro-

nunciò il discorso inaugurale. Parlarono poi il prof. sen. Ovio, il prof. Bardanzellu ed il cardinale Minoretti che procedette alla benedizione dei locali. Infine venne inaugurata una lapide ricordante l'attività svolta dal compianto prof. Pes nei dieci anni in cui resse la Clinica.

Dopo, le autorità e gli invitati visitarono i grandiosi e moderni locali.

Nuove istituzioni scientifiche e cliniche a Montpellier.

Il 6 e il 7 gennaio ebbero luogo a Montpellier parecchie cerimonie inaugurali di nuove istituzioni biologiche e scientifiche dell'Università e degli Ospedali.

Il nuovo centro anticanceroso (clinica Curie) si eleva nel recinto delle cliniche di Sant'Eligio; il prof. Forgue, che adempiva l'ultimo suo atto di medico ospedaliero, tratteggiò la storia del Centro e rimise la direzione al prof. Grynfeltt; il decano della Facoltà medica di Parigi, prof. Roussy, pronunziò un discorso in elogio del Forgue.

Il nuovo Istituto di biologia della Facoltà di medicina non costituisce che una parte di un piano il quale verrà realizzato a misura che si avranno mezzi economici disponibili. Comprende per ora le cattedre di fisiologia, di batteriologia e d'igiene, che, così spostate da dove erano prima, hanno permesso alla cattedra di chimica biologica di estendersi considerevolmente. In parte si sono utilizzati locali antichi; ma tutti i laboratori sono arredati e attrezzati *ex novo*.

Il nuovo Istituto di chimica della Facoltà di scienze è un vasto edifizio, che ospiterà tutti i servizi chimici della Facoltà di scienze e numerosi laboratori di ricerca.

Infine, un nuovo padiglione della città universitaria comprende due ali, aggiunte a un edifizio centrale, già occupato da tempo; esse ne restano indipendenti; il nuovo stabilimento fa aumentare di un terzo le possibilità di sistemazione degli studenti.

Sui terreni liberi del recinto dell'Ospedale generale sorgeranno le Cliniche di San Carlo, che costituiranno un grandissimo edifizio, in cui troveranno posto in primo tempo 4 cliniche speciali: dermo-sifilografica, neurologica, urologica, otorino-laringologica; poi altre potranno aggiungersene. In prossimità verranno costruiti i nuovi locali per l'amministrazione centrale di tutti gli ospedali di Montpellier, le cucine e la centrale pel riscaldamento.

Commemorazione del prof. Bilancioni.

L'Istituto Fascista di Coltura di Rimini, sotto gli auspicî dell'Amministrazione Comunale e del locale Fascio, aderenti il Sindacato Medico Provinciale, la Società Medico-Chirurgica Romagnola ed il Centro di Studi di Talassoterapia Medica, il giorno 10 marzo p. v. alle ore 10,30 con semplice ed austera cerimonia commemorerà ufficialmente l'illustre figlio di Rimini, prof. Guglielmo Bilancioni, direttore della Clinica otorinolaringoiatrica di Roma di recente scomparso.

Ne rievocherà l'eletta figura di scienziato, di benefattore, di umanista insigne, il prof. Giuseppe Zanni, concittadino e discepolo devoto del Venerato Maestro.

La cerimonia sarà pubblica ed avrà luogo nella Sala dei Concerti del Teatro Vittorio Emanuele.

Azioni giudiziarie.

La Corte Suprema del Dakota Settentrionale (Stati Uniti) ha dato il suo giudizio in una causa determinata da un bambino nato 250 giorni dopo che la madre aveva avuto i primi rapporti sessuali con un signore, il quale reclamava la paternità. Questa non è stata riconosciuta, perchè mancavano i segni di nascita prematura (l'anticipo era di una trentina di giorni): se fossero esistiti, sarebbero stati rilevati, tanto più in quanto che la nascita ebbe luogo in ospedale. La causa è stata dalla Corte deferita ad un nuovo Tribunale.

Un medico chiamato a constatare l'avvenuto decesso di una donna che egli aveva avuto in cura, ad Hull (Inghilterra), informò il marito che questa era da tempo molto preoccupata per una gravidanza non imputabile al marito, e che ella aveva anche tentato di suicidarsi. Il marito intentò causa contro il medico per infrazione del segreto professionale. Il medico si è difeso dichiarando che il tentativo di suicidio giustificava, in lui, il sospetto di un avvelenamento e che, per legittimare le indagini relative, egli era in dovere d'informare il marito sui precedenti occorsi. Sir Bernard Spilsbury, reputato medico cui si è chiesto il parere, ha dichiarato che la condotta del collega era deontologicamente corretta. Il giudice istruttore ha assolto il prevenuto, ma ha rilevato che questi avrebbe potuto legittimare le sue indagini anche adducendo il timore, che la donna aveva manifestato, di una gravidanza ed astenersi dal riferire i precedenti: il magistrato ha così dato una lezione di correttezza professionale.

Strana è la condotta del marito, che con la sua azione ha reso noto a tutto il mondo anglo-sassone il proprio infortunio coniugale, dacchè i giornali si sono impadroniti della vicenda.

Un modesto processo avvenuto in Inghilterra merita di essere registrato a titolo di curiosità. Il dott. Noe Pines andava praticando una serie d'iniezioni ad una donna, affetta da eccezionale pinguedine, Rebecca Gerber; alla 6ª iniezione l'ago si ruppe e non fu possibile di repertare il frammento. Il marito di lei, Aronne, aveva pregato il medico di nascondere alla consorte qualsiasi incidente, dato che ella era oltremodo impressionabile ed emotiva. Perciò il medico tentò d'informare il solo marito; ma non lo trovò e non si occupò oltre della cosa. A un certo punto gli venne intentata causa, e gli si chiedeva un forte indennizzo; ma il giudice ha condannato il medico a corrispondere soltanto sei ghinee e ha condannato la signora alle spese del processo.

Una domestica diciannovenne di Reims, nubile, aveva avuto un bambino, che ella aveva decapitato valendosi di un paio di forbici; era stata condannata dal Tribunale correzionale, per omicidio volontario, a due anni di prigione e 50 franchi d'ammenda. Il perito, dott. Sainton, ha però dimostrato che la morte del neonato era avvenuta prima, per mancanza di cure idonee. Perciò la Corte d'Appello ha ammesso un omicidio per imprudenza ed ha concesso la sospensione della pena del carcere.

La 16ª Camera correzionale di Parigi ha condannato un fabbricante di specialità chimiche e terapeutiche, sig. Mermind, il quale, col concorso di una farmacista, Soprana Casa, fabbricava degli afrodisiaci (« Venere », « Ercolasi », ecc.); ri-

correva ad una pubblicità suggestiva e utilizzava dei rappresentanti; accordava una provvigione del 30 % alle così dette « Maisons de Société ». È risultato che i prodotti contenevano polvere di cantaride, ma in quantità minima, tale che non potevano cadere sotto la sanzione del regolamento sulle sostanze tossiche: dunque agivano solo per suggestione. Tuttavia il Tribunale ha condannato i due imputati a un'ammenda di 1500 franchi ciascuno.

La Camera penale della Corte di Cassazione della Repubblica francese ha respinto un ricorso del dott. Salomon Wiesner, il quale era stato condannato in Tribunale ed in Corte d'Appello a 200 franchi d'ammenda per avere fatto incetta, nella sua casa di salute, d'infortunati del lavoro, valendosi di lusinghe, o prestando le prime cure senza compenso e perfino corrispondendo del denaro, del quale si rivaleva poi sugl'indennizzi.

Un po' dovunque.

Il termine ultimo per l'annunzio di comunicazione al 9° Congresso internazionale di dermatologia (Budapest 15-21 settembre) è stabilito al 28 febbraio. Si prega d'inviare il testo od un breve sunto delle comunicazioni, per le traduzioni. Presidente: prof. Ludwig Nekom, Magyar Tudomány-Egyetem, Budapest.

La 1ª assemblea nazionale dei chirurgi del Messico si è tenuta nella città di Messico, dal 18 al 21 novembre. Durante il convegno, svoltosi nel grande ospedale Juaréz, si inaugurarono in questo ospedale i busti di von Behring e di Ramón y Cajal, donati dalla colonia tedesca e da quella spagnola.

La Giunta generale straordinaria dell'Unione germanica di difesa dei medici si è riunita il 22 dicembre.

Il 27 gennaio si sono riuniti a Milano, sotto la presidenza del dott. Sironi di Gallerate, alcuni medici dell'« Unitalsi » (Unione Nazionale Trasporto Ammalati a Lourdes e Santuari Italiani), per studiare i nuovi perfezionamenti da apportare all'organizzazione dei treni ospedali ed ai servizi assistenziali sui treni di ammalati.

La Società Medico-Chirurgica Trevigiana si è adunata l'11 gennaio, sotto la presidenza del prof. A. Bozzoli, assistito dal segretario dott. M. Bortolozzi. Furono fatte comunicazioni da: G. Olivi, M. Bortolozzi (due comunicazioni), C. Cella.

Anche quest'anno si terrà a Genova, nel mese di maggio, presso l'Istituto Universitario d'igiene in viale Benedetto XV, un Corso mensile, per i medici, di coltura in igiene scolastica. Le domande si devono presentare a detto Istituto. Il Corso avrà inizio il 1° maggio, a ore 11.

Un corso di perfezionamento in igiene per aspiranti ufficiali sanitari si terrà nella R. Università di Firenze durante il bimestre marzo-aprile; tasse complessive L. 400,60; le iscrizioni si ricevono alla segreteria della Facoltà di M. e C., piazza S. Marco 2, fino al 27 febbraio; chiedere l'annunzio.

Il prof. L. Torraca ha tenuto a Napoli la prolusione al corso ufficiale di clinica chirurgica, trattando de « L'ottimo chirurgo »; l'esposizione fu di una lampante chiarezza, densa di pensiero e di fede e destò un vivo interesse.

Il prof. E. Federici ha pronunziato a Bari la prolusione al corso ufficiale di clinica oculistica, svolgendo e documentando il tema: « Prevenzione della cecità in regime fascista ».

È entrato in funzione il giorno 11 febbraio il Reparto epidemiologico dell'Istituto della Sanità pubblica, diretto dal prof. Antonio Labranca con la collaborazione dei dottori Alberto Canaperia e Vincenzo Pacilio.

Presso la « Library for american studies in Italy » (Biblioteca per studi americani in Italia), diretta da Umberto Frugoli, è istituita una Sezione medica, affidata al maggiore medico dott. Giovanni Perilli; vi si accolgono pubblicazioni di medicina preventiva e sociale, d'igiene e di sanità pubblica. Sede: palazzo Salviati, corso Umberto I, 271, Roma.

Il Senato della città libera di Danzica ha deciso di fondare un'Accademia statale di medicina pratica; come direttore è stato designato il dott. Kluck, preposto ai servizi sanitari ed alla politica demografica; come segretario generale, il prof. Bürgeler. L'organico comprende 8 professori in pianta e 15 docenti d'onore.

È stata organizzata a Pisa una « Mostra di difesa aerochimica » dal Servizio chimico militare, per iniziativa del Ministero della Guerra.

Come parte dell'Esposizione centenaria di Rochester (Stati Uniti), si è tenuta una Mostra sui progressi della medicina; vi hanno cooperato molti enti; alla presidenza del comitato era il dott. S. S. Bullen.

Nella Scuola Medica Superiore di Saratoff (Russia) si è istituita una Sezione tedesca; tutto l'insegnamento v'è impartito in lingua tedesca. La cattedra di chirurgia è stata affidata al prof. Siebenhaar, che prima esercitava a Balzer.

La Stazione infortunistica della Clinica chirurgica presso l'Ospedale Generale di Vienna ha celebrato il suo 25° anno di vita.

A Vercelli è stata reintegrata la Scuola ostetrica (vi esistette fino al 1919); la direzione ne è stata affidata per incarico al prof. M. Massezza, direttore del Reparto ostetrico-ginecologico di quell'Ospedale civile.

Il Collegio di Medicina di Long Island (Stati Uniti) ha ricevuto un lascito di circa un milione e mezzo di dollari (18 milioni di lire italiane) da parte del sig. Frank L. Babbott; gl'introiti dovranno essere destinati a promuovere l'insegnamento e la ricerca.

L'Università di Wisconsin (Stati Uniti) ha avuto una donazione di 450.000 dollari (circa 7 milioni di lire italiane), da parte della sig.a Jennie Bowman, per la fondazione di un Istituto sul cancro.

Il dott. Leo Weber, consigliere federale della Repubblica elvetica, morto di recente, ha legato un terzo dei suoi beni al sanatorio « Allerheiligenberg » di Solothurn ed un altro terzo all'Ospedale « Insel », di Berna.

Da una relazione dell' « United Hospital Fund » risulta che il numero di posti-letto negli ospedali di New York dal 1927 al 1933 è aumentato da 33.535 a 41.064; il numero annuale di ricoverati da 549.824 a 673.767.

A Trescore Balneario (Bergamo) è stato organizzato il Primo Centro Italiano per il trattamento dell'asma bronchiale e sue successioni morbose; è diretto dal dott. Piero Sangiorgi.

La Regina Elena ha visitato il Dispensario antitubercolare del Governatorato di Roma intitolato ad Umberto I e Margherita di Savoia, ed ha assistito alla distribuzione di doni offerti dall'Augusta Sovrana stessa, dal Governatorato e dal Ministero della Real Casa ai bambini predisposti o figli di tubercolotici.

Da « L'Università Italiana » si desume che alla sessione 1933 si presentarono 1553 candidati medici e ne furono approvati 1403, ossia 90 %. La proporzione tra iscritti e riconosciuti idonei fu di 92 % a Cagliari, 91 % a Milano e Napoli, 90 % a Palermo, Siena e Torino, 88 % a Padova, 86 % a Bari e Modena, 83 % a Roma.

Il « Connecticut Health Bulletin » calcola che nel Connecticut eserciscono 2027 medici, dei quali 995, ossia 48,5 %, nelle 4 maggiori città dello Stato; 847, ossia 41,6 %, nei centri fra 5.000 e 100.000 abitanti; 185, ossia 9,9 %, nei centri minori. Tra questi vi sono 45 comuni senza medico.

Secondo dati ufficiali, al 31 dicembre 1933 risultavano esercenti nella Cecoslovacchia 7394 medici.

Il prof. Carlo Vercesi, dell'Università di Palermo, è entrato a far parte del consiglio direttivo della « Riforma Medica ».

Il prof. G. Illberg ha lasciato la direzione redazionale della « Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und phychisch-gerichtliche Medizin », che è stata assunta dal prof. Carl Schneider.

Com'è noto, l'influenza ha assunto forma pandemica. In varie regioni ha molto intralciato i servizi pubblici; si sono dovute chiudere molte scuole; ecc.

Si calcolano ad almeno 30.000 i morti per l'epidemia di malaria nell'isola di Ceylon. A Kurunegala, una delle località ove l'epidemia è stata particolarmente violenta, tutto il personale ospedaliero è rimasto colpito. I medicinali richiesti dalle autorità inglesi sono giunti anche per mezzo di aeroplani

Con profonda costernazione registriamo la perdita del prof. ACHILLE DE FABII, uno dei più valenti e stimati chirurghi primarî degli Ospedali di Roma.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Med. Klinik, 16 nov. — Inchiesta sulla necrosi pancreatica e la pancreatite.

Münch. Med. Woch., 15 nov. — M. GUNDEL. Le tonsille quale terreno colturale dei batteri e l'eziologia delle infezioni tonsillari. — C. J. MIJNLIEFF. La respiraz. artificiale.

Deut. Med. Woch., 16 nov. — Poos. Il distacco retinico e suo trattam. — DALCHAU. Terapia con onde corte in ginecologia.

Presse Méd., 17 nov. — E. SERGENT e al. Interpretazione delle immagini radiologiche a maglia di rete e granulia fredda. — G. MILIAN. Sifilide escarotica e sifilide gangrenosa. — P. MATHIEU e al. Sindrome di Volkmann trattata con l'arteriectomia. — R. GRÉGOIRE. Anestesia loco-regionale in chirurgia gastrica. — A. SAENZ e L. COSTIL. Dissociazione del bacillo di Koch. — G. MENEGAUX e al. Azione citotossica di alcuni metalli sul tessuto osseo. — P. MÉRIGOT e TREIGNY. L'arte degli smalti in medicina. — E. GERAUDEL. Il fascio di His. — P. EMILE-WEIL e P. ISCH-WALL. La funzione della milza.

Paris Méd., 17 nov. — Numero sulla medicina sociale e legale.

Riv. It. di Ginec., nov. — N. CONSOLI. Funzionalità epatica nelle tossicosi gravidiche. — E. SASSO. La colina nel ciclo mestruo e nello stato di puerperalità. — G. TATA. Influenza degli ormoni gravidici sullo sviluppo dei batteri.

Bull. Trimestriel de l'Organ. d'Hygiène, sett. — E. J. PAMPANA, W. FLETCHER. La totachina nella malaria umana. — E. HOHWÜ e al. Ricerche sullo sforzo muscolare intenso.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 18 nov. — C. SCARAVELLI. Narcosi endovenosa in chirurgia generale.

Wien. Klin. Woch., 23 nov. — BLOND. Complesso sintomatico varicoso del crasso. — WERNER. Trattam. delle flogosi dei genitali femm.

Accad. Med., nov. — G. MARAGLIANO. L'imbibizione di colloidi del siero nei vecchi. — M. MANARA. Influenza del fegato sul ricambio dell'acqua.

Presse Méd., 21 nov. — M. LABBÉ. Le malattie della sedentaneità.

Deut. Med. Woch., 23 nov. — Numero semi-monografico sulle emorragie.

Riforma Med., 10 nov. — R. LOCASCIO. Adrenalinemia e variazioni glicemiche da insulina, guanidina e sierotalina B.

Lancet, 24 nov. — W. HARRIS. Tremore, atassia e spasmo.

Pathologica, 15 nov. — L. DOGLIOLO. Rapporti tra sistema reticolo-istiocitario e leishmanie. — V. FINUZZI. Localizzazione elettiva dello streptococco.

Klin. Woch., 24 nov. — H. T. SCHRENS e C. CARRIÉ. Ricambio del pigmento biliare. — H. EITEL e A. LOESER. Rafforzamento del potere antitiroideo del sangue mediante l'ormone tireotropo dell'ipofisi.

Presse Méd., 24 nov. — S. METALNIKOFF. I riflessi condizionati nell'immunità.

Arch. It. di Anat. e Istol. Pat., lug.-ag. — G. BOMPIANI. Sostanza cromotropa delle arterie. — R. REITANO e R. GARAU. Cirrosi epatica di Morgagni-Laënnec. — S. DE RENZI. Pericardite tubercolare.

Brit. Med. Journ., 24 nov. — T. I. BENNETT. L'edema.

Med. Klinik, 23 nov. — P. MAHLER. Antiacidi.

Med. Welt, 24 nov. — H. SCHÖNFELD. Sintomi meningei all'inizio di malattie infantili.

Arch. It. di Chir., 4. — E. RAGNOTTI. « Idronefrosi dinamica ». — G. M. GIULIANI. Anestesia eterea nel trattam. dell'intossicaz. tetanica.

Minerva Med., 24 nov. — A. CECONI. Arthropatia psoriatica. — G. DOMINICI e al. Diuresi e vitamina A.

Clin. Chir., nov. — R. PAZZAGLI. Patogenesi della mastite cistica. — F. ZAGARESE. Sindrome epatorenale. — L. PINELLI. Riproduzione della colecistite.

Jorn. dos Clin., 30 ott. — G. LONDRES e E. MAGELHÃES. False sindromi addominali acute.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 nov. — Medic. legale e sociale.

Münch. Med. Woch., 29 nov. — K. EHRHARDT. Ormoni genitali. — H. VOLLMER. Espettoranti.

Deut. Med. Woch., 30 nov. — HOLTZ e al. H. T. 10 nella cura della tetania. — HEUPKE. Il pane. — J. H. SCHULTZ. Veglia e sonno.

Journ. A. M. A., 10 nov. — C. W. EDMUNDS e al. Tossicomanie. — L. G. ROWNTREE. Effetti dell'estratto timico. — 17 nov. E. A. GRAHAM e W. MACKEY. Cistifellea acalcolosa. — H. BLUMBEY e T. N. CAREY. Argiremia.

Arch. di Patol. e Cl. Med., ott. — E. CECCHIERI. Curva chetonemica dopo carico alimentare idrocarbonato. — A. DALLA VOLTA. Iperglobulinemia nel mieloma.

Riforma Med., 17 nov. — G. FIORE. Il virus di Fontès-Koch e la pretubercolosi. — F. COLOMBO. Sostanza ipoglicemizzante nelle urine.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., nov. — L. MOLLO. Tbc. renale e decapsulazione. — R. GARDINI. Organotropismo degli streptococchi.

Klin. Woch., 1 dic. — H. SACHS e G. STEINER. Ricerche serologiche nella sclerosi multipla.

Arch. Sch.- u. Tr.-Hyg., dic. — E. REICHENOW. Morbo di Chagas.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Aprile 1934

Malattie	2 8		9-15		16-22		2?-29			
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo	355	2461	370	2620	389	2502	438	4074	—	—
Scarlattina	94	220	95	224	107	257	88	213	—	—
Varicella	117	344	137	247	131	296	149	364	—	—
Vaiuolo e Vaiuoloide	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tifo addominale	109	175	113	169	136	185	139	230	—	—
Difterite e Croup	250	451	242	400	238	396	241	439	—	—
Meningite cerebro-spinale	10	10	14	15	12	15	14	14	—	—
Poliomielite cutanea ac.	10	10	14	15	13	15	6	6	—	—
Encefalite letargica	1	1	3	3	4	4	2	2	—	—
Dissenteria	4	4	—	—	4	8	4	11	—	—
Pustola maligna	6	6	13	13	8	9	9	10	—	—

Tifo petecchiale. Colera asiatico. Peste bubbonica. — Nessuna denunzia

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI. Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 25 Febbraio 1935 - XIII Num. 8

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

RIVISTE

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Palermo diretto dal prof. MAURIZIO ASCOLI.

Il pneumotorace bilaterale simultaneo nel biennio 1933-34

RIVISTA DI AGGIORNAMENTO

del dott. M. LUCACER, assistente e lib. docente.

Il pneumotorace bilaterale simultaneo (pn. bil. sim.) proposto nel 1912 da Maurizio Ascoli con Fagiuoli al Congresso internazionale della Tubercolosi (proposta appoggiata alla sua avvenuta esecuzione) ha avuto per oltre 3 lustri un cammino oltremodo difficile e questo perchè esso importava necessariamente una revisione dei concetti dogmatici che imperavano incontrastati nella terapia pneumotoracica. Difatti il pn. bil. sim. non è che uno sviluppo conseguenziale del principio del *pneumotorace ipotensivo* introdotto da Maurizio Ascoli accanto ed in certo qual modo in contrasto col classico *pneumotorace compressivo* di Forlanini la cui efficienza terapeutica presume una immobilizzazione assoluta del polmone.

Le vedute di Ascoli hanno trovato una serie valevolissima di ragioni di ordine clinico-radiologico, fisiomeccanico ed anatomopatologico e sono andate, sebbene solo assai lentamente, diffondendosi da potersi dire oggigiorno universalmente riconosciute. Il pn. bil. sim. ha potuto così avere tra il 1929 e il 1931 il riconoscimento ufficiale in 3 Congressi in Italia ed in Germania.

Il metodo ne uscì molto rafforzato fatto che ebbe parecchie ripercussioni in quanto che fu di stimolo a molti lavori sperimentali valevoli a colmare qualche lacuna dottrinale, come a ribadire nozioni già acquisite, costituì impulso ed incoraggiamento a chi stava ancora in

disparte e non si decideva ad applicare il metodo e quindi portò ad una nuova ondata di lavori e contributi clinici.

Ci siamo proposti di fare un breve bilancio di quest'ultimo biennio del pn. bil. sim. per metterne a fuoco le questioni dibattute e per aggiornare la letteratura sull'argomento; la letteratura antecedente a questo periodo di tempo è stata compulsata nel nostro volume edito da Masson (M. Ascoli e M. Lucacer: *Le pneumothorax bilatéral simultané*, 1932, Paris).

Fisiopatologia: Le fondamenta fisiopatologiche ed i squisiti fenomeni di compenso del pn. bil. sim. furono in questo biennio oggetto di parecchie interessanti ricerche. Epifanio, al quale già siamo debitori di notevoli contributi sull'argomento e precisamente il fondamentale rilievo della distribuzione bilaterale degli effetti fisico-meccanici del pneumotorace monolaterale e la dimostrazione delle atelettasie distrettuali a livello dei focolai, ha precisato con un ingegnoso studio radiologico quali possono essere i criteri di *sufficienza* e di *tolleranza* del pneumo in genere e del pn. bil. sim. in ispecie. Egli intende per *sufficienza* il grado di pressione capace di indurre in tutto l'albero respiratorio il collasso elettivo delle zone colpite e che lascia al contrario libere e funzionanti le zone sane. Il concetto di *tolleranza* poggerebbe per lui sulla capacità di ipercompenso funzionale delle zone polmonari integre. Radiologicamente l'omogeneizzazione delle opacità da focolaio sarebbe segno di sufficienza, mentre la diafania delle zone integre segno di tolleranza: la coesistenza di questi segni rappresenterebbe un criterio prognostico di alto valore che la radiologia può fornire alla clinica della collassoterapia. Nel pn. bil. sim. i criteri di sufficienza e di tolleranza e quindi gli elementi prognostici si basano squisitamente sul principio di elettività del collasso e sulla proporzione fra zone collabite e zone funzionanti favorevole a quest'ultime.

Brieger e Paasch trovano che i conigli sopportano il pn. bil. sim. anche a lungo andare senza alterazioni del chimismo respiratorio. Difatti restano normali il volume respiratorio, la saturazione in ossigeno del sangue arterioso, lo scambio gassoso respiratorio e ciò anche in seguito a copioso rifornimento; in quest'ultimo caso si osserva solo che l'utilizzazione periferica dell'ossigeno è aumentata, mentre diminuisce il volume-minuto. Solo quando il rifornimento è eccessivo il volume respiratorio si abbassa bruscamente, la saturazione arteriosa si riduce e l'animale muore per asfissia.

Reichel studia sperimentalmente il meccanismo d'azione del pn. bil. sim. Nei conigli sottoposti a questo intervento per oltre tre mesi egli nota un lieve ispessimento della pleura viscerale ed una pronunciata produzione connettivale nel tessuto polmonare viciniore. La velocità della corrente sanguigna non varia; l'inchiostro di china iniettato per via endovenosa, si ritrova in contrasto a quanto avviene negli animali normali, anche nelle piccole arterie polmonari. La eliminazione dell'ioduro di potassio iniettato nel polmone, mentre avviene già dopo mezz'ora nei cani normali, in quelli trattati col pn. bil. sim. è ritardata ed avviene solo dopo un'ora e mezza. Reichel pensa quindi che l'azione disintossicante del pn. bil. sim. debba essere ricondotta al fatto che esso rende più difficile l'assorbimento delle tossine. Risi trova che il pn. bil. sim. induce nel cane apprezzabili modificazioni del respiro (accelerazione con diminuzione d'ampiezza) proporzionali alla pressione endopleurica e correggibili con le sostanze ad azione elettiva sul centro respiratorio, come la lobelina, la coramina, la stricnina e la caffeina.

Beerens riscontra nei portatori di pn. bil. sim. un'ora, un'ora e mezzo dopo il rifornimento una diminuzione della capacità vitale (c. v.) ed una lieve acidosi — diminuzione della riserva alcalina sia nel sangue venoso che arterioso — confermando quanto abbiamo precedentemente messo in luce (Cannavò e Lucacer). Anche Agnello riprese lo studio della c. v. nel corso del pn. bil. sim. constatando che questa abbassandosi in un primo tempo dopo istituito il secondo pneumo tende ad aumentare progressivamente ed in un tempo piuttosto breve fino a raggiungere e qualche volta anche a superare i valori di partenza. Tra i vari fattori di compenso e di ipercompenso funzionale che entrano in gioco egli, giustamente ribadisce la particolare importanza di quelli che si riferiscono all'equilibrio bilaterale delle pressioni endopleuriche ed alla esatta centralizzazione del mediastino. Ad identiche conclusioni perviene Allevin.

Baroni ed ancora Monaldi studiano il comportamento della gabbia toracica. Baroni trova che le escursioni di questa nel pn. bil. sim. sono molto piccole come pure piccola è la differenza tra le escursioni in apnea volontaria e nella respirazione forzata, mentre accentuate sono le espansioni respiratorie addominali, pur trattandosi di donne in tutti i sei casi da lui studiati. Malgrado che tra l'applicazione del primo e del secondo pneumo fossero passati da tre a dodici mesi, non si poterono rilevare delle differenze di qualche entità nella motilità dei due emitoraci. Nei casi con collasso bilaterale elettivo superiore egli notò che i movimenti toracici superiori ed anteriori rimangono sempre maggiori di quelli supero-posteriori che sono notevolmente diminuiti o addirittura aboliti. I movimenti delle basi diventano paradossali. Secondo Monaldi nei pn. ad inizio simultaneo a livello delle regioni con gas si ha scarsa o nessuna riduzione dell'attività parietale, mentre si può esagerare notevolmente il movimento eupnoico a livello delle parti non occupate dal gas, specie se la camera pneumotoracica è assai ampia. Nei pn. bilaterali ad inizio successivo nel primo tempo e qualche volta per tutto l'ulteriore decorso, il movimento può risultare notevolmente prevalente nel lato ultimo trattato.

Anthony pensa che la ragione della mancanza

spesso sorprendente di disturbi respiratori nei portatori di pneumotoraci bilaterali anche voluminosi risieda principalmente nel fatto che il reale collasso polmonare che in essi si raggiunge è straordinariamente lieve. Per la determinazione del grado del collasso polmonare egli ritiene di particolare interesse la ricerca della grandezza del volume respiratorio non già alla fine di una profonda inspirazione che offre la misura della capacità respiratoria totale, ma invece dopo una normale espirazione — fase respiratoria di maggiore costanza, durante la quale sembra che il giuoco delle forze attive e passive del respiro si siano placate tanto da far parlare di fase di riposo respiratorio — che dà la misura della capacità normale; composta dalle arie di riserve e residua. Si può parlare secondo Anthony di effettivo collasso polmonare solo allora quando la capacità normale è ridotta: la sola riduzione della capacità respiratoria totale non darebbe praticamente alcun collasso del polmone, ma soltanto una limitazione delle massime inspirazioni. E mentre in parecchi casi di pn. bil. sim. la capacità totale è notevolmente ridotta, la diminuzione della capacità normale è invece minima. L'effettivo collasso polmonare nei portatori di pn. bil. sim. è secondo Anthony, che lo studia spirograficamente, straordinariamente lieve, minore di quello che si ottiene col semplice passaggio dalla posizione seduta a quella supina, durante il quale la capacità normale diminuisce di 500-700 cmc. Rileva ancora Anthony come questo risultato stia in contrasto col reperto radiografico che mostra spesso una cospicua diminuzione del volume dei polmoni e pensa che la discrepanza trova la sua ragione nel fatto che le radiografie polmonari vengono fatte in inspirazione profonda e quindi viene documentata la riduzione della capacità respiratoria totale che è sempre più o meno marcatamente ridotta in tutti i pneumotoraci bilaterali. L'A. ripone pertanto grande importanza nella radiografia fatta nella suddetta fase di riposo del respiro. L'aumento del contenuto endotoracico che l'insufflazione del gas produce verrebbe controbilanciata dall'aumento della capacità della gabbia toracica che assume ben presto una posizione di maggiore inspirazione; ed ancora potrebbero secondo lui entrare in giuoco altri fattori riflessi centripeti a punto di partenza polmonare, atti, ad impedire un maggiore collasso dei polmoni al di là di un dato limite.

Una acuta analisi del complesso di fenomeni compensatori nel pn. bil. sim. fa Monaldi nella sua recente monografia sulla fisiopatologia dell'apparato respiratorio nella tubercolosi polmonare. A ragione egli ritiene che questi compensi siano di natura prevalentemente meccanica alcuni parietali, ai quali abbiamo già accennato ad altri polmonari che culminano nel pn. elettivo ed in quello a detensione ed altri mediastinici che riguardano la funzione di setto divisorio.

Torning e Michelsen parlano non a torto anzichè di « collasso elettivo » di « retrazione elettiva » e vedono il principio del pn. bil. sim. nello sfruttamento della retrattilità spontanea del parenchima polmonare infiltrato. Questi AA. hanno invece meno ragione quando passando al capitolo delle *indicazioni* affermano che il pn. bil. sim. va applicato solo in casi con caverne — i casi non cavitari andrebbero trattati coi sali d'oro — anche se essi abbiano potuto ottenere delle guarigioni di lesioni cavitarie bilaterali.

Confortante è (in quanto si rispecchia nella maggiore uniformità, come vedremo, dei risultati clinici consegnati in questo biennio) che il problema delle indicazioni, in special modo l'ampiezza maggiore o minore di esse, va trovando il suo assetto definitivo ed i criteri di scelta dei casi da trattare, vadano sempre più uniformandosi presso i vari AA.

L'indicazione maggiore e la più frequente è ancora il « pneumo sussidiario » nelle diffusioni controlaterali precoci o tardive nel corso di un pneumo monolaterale.

Léon Kindberg insiste perchè non si tardi con l'applicazione del pneumo « sussidiario » pur consigliando un breve periodo di prova con una cura sanocrisinica, così pure Guinard e ancora Fici pensano che esso va applicato tempestivamente prima che si formino delle irreparabili cavernizzazioni. Fici si dichiara per l'applicazione precocissima del pn. « sussidiario » anche per una diffusione controlaterale *minima*, iniziale per poter precedere così la fase delle aderenze pleuriche e delle caverne specialmente sotto-corticali ed ancora per trarne vantaggi, quali la minore durata del pneumo stesso, la minore frequenza di complicazioni, ed ancora la più facile riespansione del polmone a cura ultimata. Anche quando l'intervento è così precoce da assumere il valore di una applicazione *profilattica*, esso non può secondo l'A. venire condannato in quanto vi sono osservazioni sufficienti per dimostrare che la detensione polmonare può opporsi allo sviluppo di un nuovo processo specifico o per lo meno può ostacolarne notevolmente la progressione, tanto più che gli altri metodi terapeutici proposti, come i sali d'oro, la frenicoexeresi non offrirebbe secondo lui tali garanzie di successo da meritare la precedenza.

Bonomo si giovò con successo del pn. bl. sim. in un caso di *emottisi* non localizzabile ribelle alle comuni cure, Sokolowskaia lo applicò in una *gravida* al terzo mese con un processo cavitario bilaterale ottenendo la rapida caduta della temperatura e la scomparsa dei bacilli; il parto è stato normale, il bambino sano. Frischbier ed ancora Kaufmann si dichiarano fautori del *pneumotorace controlaterale di sostegno* (del mediastino e del cuore) proposto da M. Ascoli (1929), nei casi in cui si debba ricercare un compenso allo squilibrio mediastinico. Una curiosità costituisce l'applicazione di Pollak il quale attuò il pn. bil. sim. a tre pazienti sofferenti di *asma bronchiale* durante l'accesso ottenendo in uno di essi dopo tre

mesi di trattamento la scomparsa duratura degli accessi (!); risultato nullo negli altri. Egli si propone di eliminare così lo stato di spasmo dei bronchi rispettivamente dei bronchioli, che si avrebbe poco prima, durante e dopo l'attacco asmatico: evidentemente una tale indicazione del pn. bil. sim. dovrà ancora passare attraverso il crisma della maggiore applicazione pratica e del giudizio clinico.

In tema di *tecnica e condotta della cura* Liebermeister ribatte l'importanza dell'impiego del controllo spirometrico in quanto che lo studio manometrico delle pressioni endopleuriche, le quali variano spesso anche nel breve spazio di tempo e nemmeno il controllo radiologico possono sempre fornire elementi sufficienti di giudizio sul ritmo e sul dosaggio delle insufflazioni da stabilire nel caso singolo. Anche Leitner si dichiara fautore convinto della necessità dell'impiego della spirometria, sia per la valutazione del patrimonio funzionale respiratorio prima dell'istituzione del pn. bil. sim., che per il dosaggio successivo dei rifornimenti. Leitner mette in luce la dipendenza della grandezza della c. v. della muscolatura toracica, che illustra con l'applicazione di cerotti adesivi e le variazioni di essa nei vari decubiti, fatto quest'ultimo già da noi precedentemente rilevato (Lucacer e Polizzotto). Allevin in contrasto con la maggioranza degli AA. ha visto insorgere dispnea nei suoi ammalati appena la c. v. scendeva al disotto di 1500 cmc. (4). Zaborsky invece si lascia guidare nel graduare dei rifornimenti semplicemente dalla progressiva disintossicazione, dell'organismo segnalata dalla scomparsa della febbre, dei sudori notturni, della inappetenza e mantiene sempre una pressione finale negativa; dal momento che si è raggiunta questa pressione optimum egli continua la cura almeno per un anno. Anche Faniel e Courtois insistono sulla necessità di non spingere troppo il collasso, anche perchè verrebbe in tal modo ridotto al minimo il lavoro del polmone quale « ghiandola endocrina » con ripercussioni dannose per l'organismo.

Omodei-Zorini praticando i rifornimenti da ambo i lati nella stessa seduta ha ideato un dispositivo che serve ottimamente allo scopo ed è nello stesso tempo di grande semplicità: si tratta di un tubo di vetro ad Y che porta al centro un rubinetto a tre vie di cui una resta in rapporto con l'apparecchio da pneumo e le altre mediante due tubi di gomma che portano due aghi dello stesso calibro sono in comunicazione con le due cavità pleuriche.

Dolfini ha fatto un accurato studio del fenomeno di Trousseau (bruit d'airain) nei portatori di pn. bil. sim. stabilendone alcune particolarità patogenetiche e cliniche e Vannucci un altro si occupò della pressione venosa periferica bilaterale che offre per lo più valori al disotto della norma.

Ed eccoci al tanto discusso capitolo delle *complicazioni*. La letteratura del biennio lo ha respinto al secondo piano. Vero è che quà e là furono segnalate delle complicazioni del tutto impreviste, ma esse rimasero isolate ed ebbero per lo più esito favorevole.

La complicazione la più temuta, quella delle *perforazioni pleuropolmonari* è stata più volte registrata ma costantemente con esito favorevole: così nei casi di Luzzatto-Fegiz, di Nissel, di Schurmann, in quest'ultimo si trattava di una perforazione bilaterale. Liebermeister insiste sulla rarità delle perforazioni polmonari avendone osservato solo 2 su 164 casi, che trattò col pn. bil. sim. Alexander e Pollerbeck ritengono che in una parte dei casi descritti non si trattava almeno originariamente di una perforazione ma di uno spostamento del mediastino. Bruno della nostra scuola consegnò due casi di rottura spontanea di caverne, confermata all'autopsia, non imputabile né a ferite operatorie e tanto meno a strappamento di aderenze pleuriche trattandosi di pneumi totali ma invece allo stabilirsi di brusche differenze di pressione tra cavità pleuriche e polmoni durante i colpi di tosse alle quali non resistono processi cavitari di antica data e superficiali. Egli suggerisce quale corollario pratico la esclusione dal trattamento pneumotoracico bilaterale delle forme diffuse con processi cavitari a pareti fibrose e sede sottopleurica.

Omodei-Zorini e Di Natale hanno descritto un caso di una transitoria perforazione endopleurica con abnorme comunicazione tra le due sacche pneumotoraciche nel corso di un pn. bil. sim. parziale superiore senza che l'ammalata abbia accusato alcun disturbo. Un altro caso del genere hanno osservato Jullien e Mollard.

Le *pleuriti* sono state denunciate sempre meno frequentemente, ed a carattere mite e passeggero. Sardo ha segnalato un caso in cui due anni dall'inizio del pn. bil. sim. si presentò improvvisamente un versamento pleurico sinistro formato da un liquido nettamente ematico, facilmente coagulabile, contrassegnato clinicamente da intensa dispnea in contrasto con l'entità modesta del versamento e passato a guarigione, dopo ripetute toracentesi, con sinfisi pleurica. L'A. esclude il fattore traumatico ammettendo quello infiammatorio specifico.

Vadone osservò un caso di dilatazione aneurismatica dell'arteria polmonare in un portatore di pn. bil. sim.

Per Trofimov l'*asfissia* può verificarsi anche quando il collasso bilaterale non è eccessivamente spinto per la mancanza di adattamento dell'organismo e potrà avvenire sotto forma di anossiemia o di ipercapnia, le quali offrirebbero secondo l'A. quadri clinici alquanto diversi.

Evidentemente la capacità di adattamento va bene valutata con tutti i mezzi di indagine a nostra disposizione e spingendone l'analisi fin dove è possibile, prima dell'intervento ed ancora controllata man mano si procede col trattamento ed allora si potrà nella stragrande maggioranza dei casi non solo evitare la sindro-

me asfittica ma ancora il menomo disturbo respiratorio, come lo hanno rilevato più di un A. Tutto sommato si tratta ancora della necessità di restringere il campo di applicazione del pn. bil. sim. ai casi non troppo gravi con lesioni non troppo diffuse.

Per la sezione delle *aderenze pleuriche* Boselli è intervenuto con successo col metodo di Jacobaeus in 5 casi di pn. bil. sim. previa localizzazione stereoradiografica delle aderenze. Ugualmente buoni sono stati i risultati ottenuti da Dabrowski e Gackowski, da Zucchetti, da Gabe e da Alwens quest'ultimo procedette alla pleurolisi intrapleurica con la metodica di Maurer; risultato parziale ottennero in un caso Orrego Puelma, Corbalan Trumbull e Garcia.

Per le *lesioni tubercolari intestinali* che si sono manifestate in portatori di pn. bil. sim. Fici e Banyai hanno applicato con successo il pneumo-peritoneo.

Risultati: Per Jullien e Mollard « l'ammalato di tubercolosi bilaterale non ha da scegliere che tra il pn. bil. sim. e la morte ». Essi ottengono nei loro 50 casi il 54 % dei risultati favorevoli, cifra che nella centuria di casi di Ferrari scende a 36,5 %, nei 65 casi di Dabrowski e Gackowski scende a 35 %, nei 24 casi di Lorenz e Wüllenweber a 30 %, in quelli di Alwens a soli 25 %, mentre risale a 60 % nella statistica di Pollock (34 successi in 56 casi trattati) ed a 65 % in quella di Zaborsky, il quale ottenne notevole miglioramento in ben 45 dei suoi 69 ammalati, al punto, che divenuto negativo l'espettorato egli continuò il trattamento ambulatoriamente ed i pazienti sono tornati alle loro occupazioni.

Mentre Pollock e Marvin trattarono 25 ammalati con risultati assai favorevoli ed in più di uno hanno potuto raggiungere la chiusura di caverne bilaterali e Zucchelli ottenne che dei suoi 9 ammalati 3 diventarono abacilliferi, uno « idealmente e tecnicamente guarito » e 4 notevolmente migliorati e ancora Zappia conseguì buoni risultati in 5 casi e Longo, della nostra Scuola in 12, Bianchi ottiene solo 8 miglioramenti nei suoi 23 ammalati, mentre 12 sono peggiorati e poi deceduti (degli ultimi 3 non ha notizie) evidentemente non può trattarsi che ancora di criteri di applicazione diversi del metodo, sui quali abbiamo già insistito.

Impressionanti sono i risultati ottenuti da Barbera in 12 casi di tubercolosi bilaterale *particolarmente grave*: essi (periodo di osservazione che va da un minimo di due ad un massimo di sei anni) sono stati i seguenti: 4 guariti, 5 migliorati, 2 stazionari, 1 deceduto. Tolleranza perfetta. Anche Richard Morgan ottenne buoni risultati in alcuni casi da considerare siccome *disperati*. Ried ha voluto istituire un confronto assai suggestivo. Egli ha paragonato i risultati ottenuti con l'andamento della malattia in un altro gruppo di ammalati (bambini ed adolescenti) che presentavano lesioni e stato generale press'a poco uguali e nei quali il pn. bil. sim. non è stato applicato. Dei 68 casi non trattati 39 (il 57 %) rimasero bacilliferi, mentre dei 77 trattati col pn. bil. sim. rimasero bacilliferi soli 21 cioè il 27 %. Dei 44 non trattati sono deceduti entro due anni dalla dimissione dal Sanatorio 33 — il 75 %, mentre dei 16 trattati e dimessi nello stesso tempo è deceduto solo 1 — il 6 %.

Giuffrida della nostra Scuola ha riferito sui *risultati a distanza* nei suoi 50 casi trattati; egli ottenne il 16 % di guarigioni stabili, cifra un po' più bassa della media consegnata da altri AA. come Liebermeister, Roloff, Veran, ecc. e che si aggira intorno al 19 %.

Per il pn. bil. sim. si è verificato quello che è avvenuto per il pneumo monolaterale. Da una parte la maggiore padronanza del metodo, in special modo la precisazione delle sue indicazioni e la cristallizzazione della tecnica, come pure la crescente fiducia in esso al lume dei risultati conseguiti e dall'altra parte la sempre crescente funzione sociale della collassoterapia hanno spinto alcuni AA. di praticare il pn. bil. sim. anche *ambulatoriamente*. Essi hanno avuto da lodarsi. Ai 45 casi di Zaborsky abbiamo già accennato. Dei 21 infermi di Reichel e Biedermann 13 sono guariti clinicamente e radiologicamente, di cui 9 lo sono ancora un anno dall'abbandono del trattamento. Beerens ha trattato con successo 16 casi, Mas, Fermin e Brugnin 7 e senza alcuna complicazione. Buoni risultati ottennero Hodson e Johnson ed ancora Mendelsson. Bernard il quale trattò alcuni anni fa (1928) ambulatoriamente 12 casi *gravi* ottenne 4 guarigioni che durano da due e 4 anni, 3 miglioramenti che persistono da due anni, 5 decessi, l'A. rileva che il 33 % di guarigioni da lui ottenute rappresentano una cifra piuttosto bassa e che se avesse avuto allora l'esperienza che possiede oggi non avrebbe applicato il metodo almeno in 3 dei 5 deceduti poichè essi presentavano lesioni oltremodo gravi ed estese. Anche noi che sino a tre anni fa nella relazione al Congresso antitubercolare di Bologna abbiamo recisamente riservata la pratica del pn. bil. sim. ai sanatori o ad ospedali bene attrezzati, da un po' di tempo in quà, spinti da considerazioni cliniche e da altre non meno importanti di ordine sociale siamo addivenuti a praticare nell'ambulatorio alcuni casi di pn. bil. sim. in pazienti non gravi con lesioni non troppo diffuse e con soddisfacente patrimonio funzionale respiratorio (c. v. superiore a 1500 cc.) ed ancora con un buon circolo: disponiamo per ora di poche osservazioni di breve durata; possiamo solo dire di non avere sinora registrato inconvenienti.

Interventi combinati. Fici attuò con successo in 6 casi di pn. bil. sim. l'exeresi unilaterale a scopo di potenziamento del pneumo illustrando ampiamente i criteri fisiopatologici e meccanici di tale associazione collassoterapica. L'associazione è stata attuata ugualmente con successo in un caso di Di Geronimo

In un portatore di un pn. bil. sim. in cui il pneumo sinistro è andato perduto in seguito ad un versamento pleurico Jullien, Ecot, e Mollard eseguirono con successo una plastica sinistra dalla 1ª alla 6ª costola. Maurer possiede un altro caso uguale ed uno Pollock e Marvin.

Dissonanze. Da questo coro di voci di maggiore o minore consenso al pn. bil. sim. si stacca la voce elevata da Gardère e Mollard. Essi posseggono due osservazioni di pn. bil. sim. di cui evoluzione molto favorevole fu interrotta in pieno benessere apparente da accidenti drammatici (?!), al punto da fare rimpiangere di non aver abbandonato prima il trattamento. Gli AA. pensano che non si debba addivenire all'applicazione di un pn. bil. sim., se non quando gli altri metodi di cura sono falliti e se questo è stato applicato la sua durata dovrebbe essere minima: essi posseggono infatti due altre osservazioni in cui l'abbandono fortuito del secondo pneumo è stato ben tollerato e non si ebbero recidive.

Dionys Hellin rievoca le sue ricerche datanti dal 1901 al 1908 ed atte a dimostrare che negli animali (conigli e cani) l'attuazione di un pn. bil. sim. può essere compatibile con la vita ove essa venga circondata da alcune cautele e precisamente che il diametro delle breccie toraciche resti inferiore al diametro della trachea. Tali ricerche essendo antecedenti alla introduzione in terapia del pn. bil. sim. fatta nel 1912 da Maurizio Ascoli, egli fa una larvata rivendicazione della sua priorità in materia.

Nella sua risposta Maurizio Ascoli rileva che la proposta e l'attuazione del pn. bil. sim. a scopo terapeutico così come furono da lui concepite non stanno in alcuna relazione con le ricerche di Hellin, poichè in questo doppio pneumotorace artificiale *dosabile a volontà* la questione del pericolo e tanto meno della compatibilità con la vita non era per nulla da prendersi in considerazione.

Il pn. bil. sim. è invece filiazione diretta del *pneumo ipotensivo* introdotto dallo stesso Ascoli, mentre prima dominava sovrano il dogma della necessità di un *pneumo compressivo*.

Un libro. Nei tipi di Sperling e Kupfer di Milano è apparso l'anno scorso il libro di V. Ferrari su « Il pneumotorace bilaterale nella cura della tubercolosi polmonare » venendosi così a colmare una lacuna della letteratura nostrana che non possedeva alcuna trattazione monografica dell'argomento. Il contributo del Ferrari è stato definito da Maurizio Ascoli, che lo presentò al pubblico medico siccome « consolidatore e chiarificatore »: « consolidatore per la ricchezza della casuistica personale che ammonta ad una centuria di casi e rappresenta una delle statistiche più numerose; chiarificatore per la padronanza assoluta della letteratura, dei problemi fisiopatologici e di quelli clinici attinenti all'argomento ».

NOTE E CONTRIBUTI

DIVISIONE CHIRURGICA
DELL'OSPEDALE G. B. MORGAGNI IN FORLÌ
diretta dal Prof. SANTE SOLIERI.

Sierositi peritoneali primitive aspecifiche e addome acuto (*)

per il prof. SANTE SOLIERI.

Nella mia memoria « Addome destro e sindrome aderenziale peritoneale » (1) del 1933 scrivevo:

« Per l'importanza che nella patologia e nella clinica delle affezioni addominali hanno i fatti morbosi che si svolgono negli organi contenuti e per i quali bene spesso entra in flogosi la sierosa peritoneale, si è finito col considerare questa come legata quasi esclusivamente alla sorte di quegli organi stessi. In linea scientifica però la sierosa peritoneale va considerata alla stessa stregua delle altre sierose dell'economia: pleura, pericardio, membrane sinoviali, borse sierose di scorrimento ecc. Mentre ognuna di esse ha assunto caratteri ed attitudini speciali a seconda dell'organo o degli organi che è deputata a proteggere, acquistando quasi una funzione specifica nella *immunità locale*, non può a meno di mantenere un carattere comune a tutte le sierose, cioè di ammalare ed essenzialmente infiammarsi in due modi: o per diffusione dall'organo o dagli organi che protegge o per *infezione primaria* ».

La quale io ritengo sia nel peritoneo più frequente di quanto ordinariamente si pensi.

Spesso, in seguito a perfrigerazione del ventre, sogliono determinarsi dolori addominali che vengono definiti dolori viscerali; in realtà questa interpretazione patogenetica nulla dice, perchè non è dimostrabile. Sono invece, a mio modo di vedere, di origine congestizia o reattiva peritoneale *a frigore*. Non altrimenti fenomeni pleuritici si accendono per raffreddamento del torace. Ripeto quanto il Murri insegnava che certi dolori puntori al torace della durata magari di un giorno o di pochi giorni accompagnati da malessere generale, ma anche senza febbre e portati ambulatoriamente, debbano interpretarsi come fatti di pleurite primitiva. Dai quali possono anche trarre origine le aderenze pleuriche reperto casuale di autopsia, mentre la storia clinica non aveva registrato alcuna malattia toracica.

(*) Comunicazione al XLI Congresso della Società Italiana di Chirurgia (Roma, 17-20 ottobre 1934-XII).

(1) SOLIERI S. Le Forze Sanitarie, 1933, n. 12.

Dalla manifestazione elementare su accennata di reazione peritoneale per raffreddamento si può andare sino all'estremo più grave cioè, alla peritonite diffusa pneumococcica, ben nota anatomo-patologicamente e clinicamente. Ma tutte le gradazioni, tutti gli stati intermedi ci possono essere, capaci di dare luogo a focolai circoscritti di sierosite peritoneale semplice od a sierosite diffusa.

Ciò che ho esposto, se dal lato teorico può essere accettato senza difficoltà perchè non contravviene alle idee fondamentali di patologia generale e speciale ed è basato sopra una argomentazione logica, non potrebbe essere accettato nella pratica senza una dimostrazione, oltre che clinica, anatomo-patologica.

Nel mio scritto, a cui in principio ho accennato, e nell'altro (2) sulle « *Sierositi circoscritte sottojaksoniane* » ho riferito già su parecchie osservazioni da me fatte al tavolo operatorio nel giro di diversi anni ed ho messo in evidenza come per lo più avessi avuto occasione al loro rilievo in periodi di epidemia influenzale. E andando ancora più addietro, ricordo che già nel 1925 io feci pubblicare dal Dott. Pansini (3), mio aiuto, una memoria intitolata « *Sindrome addominale pseudo-peritonitica* », in cui già erano raccolte diverse osservazioni fatte in periodi di influenza e che sono per certo da includere nella forma morbosa che sto ora descrivendo. Allora la fisionomia clinica del processo non era ancora ben delineata e definita nella mia mente. Ma una epidemia di influenza estiva che si è avuta nel corrente anno in Forlì e nel contado con predominante localizzazione addominale mi ha concesso una serie di osservazioni complete, perchè corredate dal reperto operatorio. Sicchè posso ora affermare con sicurezza non solo la caratteristica clinica ma anche quella anatomo-patologica della malattia.

Occorre dire che la propaganda incessante da me fatta già da lungo tempo in questa regione allo scopo di convincere medici e pubblico della necessità di far giungere al chirurgo i sofferenti di male acuto addominale nelle primissime ore della crisi ha condotto a questo, che giungono nella mia clinica addominali di tale specie che in altri parti non arrivano per certo alla osservazione del chirurgo.

Gli ammalati in parola vengono inviati dai curanti con diagnosi di male acuto del ventre: colica addominale febbrile, appendicite acuta, peritonite da appendicite, occlusione intestinale, volvulo del sigma, annessite acuta ecc. Ciò dimostra che l'inizio del male è quasi sempre critico e si presenta con caratteri di gravità allarmante. Però, se viene fatta indagine accurata sull'anamnesi, si riscontrano alcuni segni di importanza molto grande, cioè la precedenza per alcuni giorni sul fatto acuto addominale di malessere generale, cefalea, rachialgia assai penosa. A questa segue assai presto la sofferenza addominale: dolori diffusi di solito molto intensi, meteorismo, alvo chiuso. Il vomito è scarso od anche del tutto assente, talora singhiozzo. Poi il dolore tende a localizzarsi manifestamente verso la parte bassa del ventre, a destra sulla regione del cieco od a sinistra sulla regione del sigma. Anche si hanno a tale periodo disturbi della minzione, cioè bruciore e pollacuria. La temperatura oscilla fra 37°,5 e 38°,5.

Il quadro tumultuoso di solito si attenua a partire dalla 4ª o 5ª giornata e termina sull'8ª. Spesso alla fine l'intestino si fa diarroico; tuttavia la diarrea è di breve durata e non molesta. Il che si osserva spesso nella risoluzione di altri processi peritonitici, anche prettamente chirurgici.

Il quadro clinico è così descritto nella sua evoluzione in base a casi operati ed altri non operati, che passarono a guarigione spontaneamente e con cure mediche, di cui dirò più avanti. Si comprende tuttavia che questa nosografia rimarrebbe poco persuasiva o per lo meno monca, se al controllo non si fosse aggiunta la biopsia.

Desideroso appunto di completare lo studio (a che mi dava occasione ed agio la suddetta epidemia influenzale) io decisi di sottoporre a laparotomia tutti questi infermi internati nella mia divisione, accettando la diagnosi di ammissione tale e quale era ed intervenendo d'urgenza, benchè in qualche caso io dubitassi della sua esattezza e fossi propenso ad ammettere appunto la esistenza di una sierosite peritoneale primitiva influenzale. Non mi ritenne dall'intervento scrupolo di coscienza, perchè sapevo già per prova fatta in altri casi che la laparotomia con la medicatura della sierosa, come dirò, aveva una rapida azione risolutiva.

Alla biopsia il reperto di solito si presenta così:

Iperemia notevole della sierosa peritoneale tanto parietale che viscerale; presenza di tenue sierosità citrina nel ventre; tutto al più qualche scarso fiocchetto di fibrina.

Bene spesso i fatti più accentuati sono a carico delle regioni coliche, a destra ed a sinistra. A destra talora la essudazione è limitata dalle membrane di Jakson a formare quella che io ho già illustrata col nome di *sierosite circoscritta sottojaksoniana*, a sinistra si evolve col quadro della perisigmoidite sierosa o sierofibrinosa. In tutti i casi in cui, dopo la biop-

(2) SOLIERI S. Policlinico, Sez. Pratica, 1933.
(3) PANSINI L. Studium, anno XVII, n. 3, 1927.

sia, ho posto la diagnosi di sierosite primitiva, era esclusa, per diligente esame a ventre aperto, ogni lesione in atto degli organi addominali, compresa l'appendice. La quale, estirpata, è stata esaminata sempre microscopicamente.

Dei casi dubbi non ho tenuto e non tengo conto in questa rassegna.

L'operazione ha sempre consistito in questo: laparotomia, assorbimento della sierosità con garza idrofila, constatazione delle condizioni del peritoneo, esame dei visceri contenuti, appendicectomia, immissione nella sierosa di 20-30 cc. di argento colloidale, chiusura completa della parete senza drenaggio. In alcuni casi ho eseguito ricerche bacteriologiche, desumendo il liquido di insemenzamento dalla sierosa o dallo spazio sottojaksoniano circoscritto ed usando i mezzi comuni di cultura; fuor che in un caso ebbi sempre esito negativo.

Il decorso postoperatorio è stato facile e breve: caduta della temperatura per lisi in pochi giorni, spesso con notevole sudorazione, cessazione dei dolori addominali; svuotamento dell'alvo verso la 4ª giornata con tendenza alla diarrea. Guarigione *per primam*.

In un caso solo il decorso fu anormale (Ved. Osservaz. V).

In quanto all'esito anatomico a distanza non ho dati personalmente rilevati al tavolo operatorio: tuttavia non è difficile pensare, per analogia di quanto avviene nelle altre sierose, che nei casi più leggeri si possa avere la *restitutio ad integrum* perfetta, ma che nei casi più gravi il quadro finisca in processi aderenziali più o meno estesi interviscerali o nei mesi, i quali si troveranno eventualmente in laparotomie successive: periviscerititi di origine indeterminata.

Riassumo ora brevemente le osservazioni fatte durante questa epidemia influenzale. Per le antecedenti osservazioni rimando agli scritti citati più sopra.

Sierositi diffuse.

Osservazione I. — R... L..., di a. 24, da Forlì. Entra il 7-VIII-34.

Diagnosi di entrata: colica addominale febbrile (da 3 giorni, temp. 38°).

Diagnosi anatomo-patologica: Sierosite peritoneale diffusa primitiva aspecifica.

Operazione: 9-VIII-34. Rachianestesia, taglio di Jalaguier ampio. Arrossamento diffuso del peritoneo parietale o viscerale. Leggera sierosità citrina limpida. Tutti gli organi addominali normali, compresi i genitali e l'appendice. Tuttavia questa si asporta. Toletta asciutta del ventre. Immissione di 25 cc. di zimargolo. Chiusura primaria della parete.

La temperatura persiste per due giorni. Guarigione in 10 giorni. L'appendice esaminata microscopicamente risulta sana.

Osservazione II. — V... E..., di a. 10, da Forlì. Entra il 9-VIII-34.

Diagnosi di entrata: appendicite acuta (da due giorni, temp. 38°).

Diagnosi anatomo-patologica. Sierosite peritoneale diffusa primitiva.

Operazione: 11-VIII-34. Narcosi eterea. Taglio di Jalaguier ampio. Organi addominali sani, compresa l'appendice. Arrossamento diffuso di tutta la sierosa: lieve essudazione citrina; scarsa fibrina precipitata. Toletta asciutta della sierosa, appendicectomia, immissione di 15 cc. di zimargolo. Chiusura primaria della parete addominale.

La temperatura persiste ancora per 3 giorni. Leggero catarro bronchiale.

Guarigione in 10 giorni. L'appendice esaminata microscopicamente risulta sana.

Osservazione III. — P... E..., di a. 21, da Forlì. Entra l'11-VIII-1934.

Diagnosi di ammissione: Colica appendicolare (da tre giorni).

Diagnosi anatomo-patologica: Sierosite diffusa peritoneale.

Operazione: 12-VIII-1934. Rachianestesia. Tecnica come sopra; reperto anatomico pure simile, assenza però di fibrina. Immissione di 25 cc. di argento colloidale. Guarigione in 11 giorni. L'appendice estirpata risulta del tutto normale.

Osservazione IV. — L... A..., di a. 37, da Forlì. Entra il 15-VIII-1934.

Diagnosi di entrata: appendicite acuta.

Diagnosi anatomo-patologica: sierosite diffusa peritoneale.

Operazione: 15-VIII-1934. Rachianestesia. Tecnica come sopra. Arrossamento assai notevole della sierosa parietale e viscerale, notevole quantità di liquido sieroso nel ventre. Nessuna lesione viscerale. L'appendice è fissa al cieco, ma non flogosata. Appendicectomia, previo prosciugamento della sierosità. Immissione di 30 cc. di zimargolo. Chiusura primaria del ventre.

Guarigione in 11 giorni. L'appendice esaminata microscopicamente risulta normale.

Osservazione V. — A... I..., di a. 36, da Forlì. Entra il 9-IX-1934.

Diagnosi di entrata: peritonite da appendicite.

Diagnosi anatomo-patologica: sierosite peritoneale diffusa aspecifica.

Riferisco più diffusamente questo caso per l'interesse che presenta, data la evoluzione particolare della infermità dopo la laparotomia.

Il paziente si era ammalato una settimana avanti con raffreddore leggermente febbrile, poi era insorta tosse. Tre giorni prima dell'entrata in Ospedale dolori intensi diffusi al ventre, con meteorismo e alvo chiuso. Essendo poi comparso vomito e singhiozzo e tendendo il dolore a localizzarsi nella fossa iliaca destra, il curante inviò il cliente in Ospedale con la diagnosi sopra segnata. La quale dall'esame clinico sembrò avere conferma.

La temperatura era di 38°,2. Si interviene di urgenza il giorno stesso, 9-IX-1934, in rachianestesia. Alla biopsia si scoprono le anse intestinali tutte uniformemente arrossate e distese; leggera quantità di liquido sieroso diffuso. L'appendice è fissa dietro il cieco, ma è la meno arrossata fra le parti dell'intestino, quantunque aderenze sovrastanti lascino pensare che in altro tempo possa es-

sere stata infiammata. Nessun altro organo esplorabile appare leso. Toletta asciutta, immissione di 30 cc. di argento colloidale, chiusura totale del ventre. I primi due giorni del decorso post-operatorio furono favorevoli, perchè tutti i fatti morbosi parvero regredire, ma poi ripresero più imponenti con meteorismo esagerato, singhiozzo insistente, alvo chiuso e temperatura sui 38°,5. Ricominciò anche il vomito.

Il polso però non era del peritonitico acuto. Pensai che si potesse trattare di ileo meccanico secondario per posizione viziata di un'ansa intestinale e riaprii la parete.

Fuoriesce liquido citrino appiccicaticcio in notevole quantità; le anse sono enormemente distese ed arrossate Nessun segno di strozzamento o di torsione; sulla sede dell'appendicectomia non vi è essudato fibrinoso o purulento. Immetto altri 20 cmc. di zimargolo fra le anse e dreno, chiudendo, però non senza difficoltà, una parte della ferita. Il reintervento ebbe azione efficace, perchè la temperatura diminuì per lisi; il ventre cominciò a demeteorizzarsi e dopo 48 ore era quasi al normale. Non più vomiti, alvo aperto, diarroico. Il singhiozzo persistette incessante per 8 giorni (molto simile al singhiozzo epidemico) e cedette solo alla atropinizzazione. Il paziente è guarito, avendo sorpassato nel decorso anche catarro bronchiale diffuso.

SIEROSITI CIRCOSCRITTE (4).

OSSERVAZIONE I. — E... C..., di a. 23, da Teodorano. Entra il 30-VI-1934.

Diagnosi di entrata: appendicite acuta (da due giorni; rachialgia penosissima antecedente; cefalea).

Diagnosi anatomo-patologica: sierosite circoscritta sottojaksoniana.

Operazione: 1-VI-1934. Narcosi eterea; taglio di Jalaguier. Sierosa viscerale leggermente arrossata; appendice non più arrossata che i restanti visceri, libera. Notevole quantità di liquido sieroso torbido limitato dallo spazio sottojaksoniano. Cieco e parete del colon non infiltrati.

Con una siringa da 10 cc. si aspira il liquido e poi si iniettano 20 cc. di zimargolo. Il colloide resta tutto incluso nello spazio sottojaksoniano e forma un manicotto che si estende dalla metà inferiore del cieco sino verso la flessura epatica, ben evidente e delimitato per la colorazione nera dell'argento colloidale. Interessante il fatto che in basso lo spazio chiuso sottojaksoniano non si estendeva all'estremo del cieco ed all'appendice: del cieco rimanevano libere due dita trasverse e lì era la inserzione dell'appendice. Questa tuttavia viene tolta. All'esame istologico risultò normale. Dal liquido estratto dallo spazio sottojaksoniano si fecero colture che dettero luogo a sviluppo di stafilococco albo.

Chiusura totale della parete addominale. Guarigione per primam in 11 giorni.

OSSERVAZIONE II. — B... G..., di a. 21, da Petrignone. Entra il 25-VII-1934.

Diagnosi di entrata: Colica appendicolare (da 5 giorni, rachialgia intensa).

Diagnosi anatomo-patologica: sierosite sottojaksoniana.

Operazione: 26-VII-1934. Taglio di Jalaguier, appendice normale. Resezione delle membrane di Jakson chiuse, da cui fuoriesce notevole quantità di liquido sieroso. Cieco e colon ascendenti normali. Dal liquido aspirato con una siringa si fanno colture nei vari mezzi, che riescono negative. Appendicectomia. Guarigione in 12 giorni.

OSSERVAZIONE III. — B... P..., di a. 24, da Forlì. Entra il 26-IX-1934.

Diagnosi di entrata: appendicite acuta (da 4 giorni, cefalea, rachialgia insistente).

Diagnosi anatomo-patologica: sierosite sottojaksoniana.

Operazione: 27-IX-1934. Rachianestesia. Tecnica come sopra Notevole quantità di liquido sieroso limitato dalle membrane di Jakson. Apertura di esse, detersione. Estirpazione dell'appendice, che risulta sana. Immissione di 30 cc. di argento colloidale. Chiusura totale del ventre. Guarigione per primam in 10 giorni.

OSSERVAZIONE IV. — R... R..., di a. 38, da Castrocaro. Entra il 17-IX-1934.

Diagnosi di entrata: annessite acuta sinistra (insorgenza acuta sei giorni avanti, non diarrea, cefalea, rachialgia, temp. 38°).

Annessi sani. Resistenza e senso di impasto alla regione iliaca sinistra. Urine normali.

Diagnosi anatomo-patologica: perisigmoidite.

Operazione: 18-IX-1934. Narcosi eterea. Taglio lombo-iliaco sinistro. Arrossamento diffuso della sierosa peritoneale. Essudato sieroso attorno al sigma con poche deposizioni fibrinose. Il viscere però appare sano in tutta la sua estensione. Detersione, immissione di 25 cc. di zimargolo, applicazione del drenaggio nel punto più declive. Decorso post-operatorio regolarissimo. Guarigione in 15 giorni.

A questi casi che ho riferito perchè corredati dalla biopsia potrei aggiungerne altri in numero notevole, in cui la diagnosi clinica da me posta di influenza addominale con sierosite diffusa o circoscritta sembrò avvalorata dal decorso clinico e dal criterio terapeutico. Poichè il quadro acuto del ventre si eliminò nell'ambito di una settimana circa, mentre quello generale decorse poi con fenomeni a tipo influenzale (corizza, catarro bronchiale ecc.). E sembrarono avere efficacia spiccata i salicilici uniti al chinino ed alla caffeina, e l'argento colloidale per iniezioni endomuscolari. Ma voglio ricordare fra i più singolari un paziente inviato con diagnosi di occlusione intestinale, una donna entrata con diagnosi di gravidanza extra-uterina, un bambino con diagnosi di calcolosi ureterale, nei quali tutti gli esami, clinico, radiologico e di laboratorio, invalidarono la diagnosi di entrata, mentre il decorso avvalorò quella da me posta di sierosite peritoneale primitiva circoscritta o diffusa. Su di essi tuttavia non mi baso perchè è mancato il controllo della biopsia.

Ognuno comprende quanto sia importante per la diagnosi delle malattie acute addominali la conoscenza di questa sindrome. Per ciò ho

(4) Sei osservazioni simili a queste furono già pubblicate nella mia memoria succitata « *Sierosite circoscritta sottojaksoniana* ».

voluto parlarne ancora al Congresso nazionale di Chirurgia. Sarebbe necessario che la osservazione di molti portasse contributo più vasto alla conoscenza dell'argomento.

Insisto però su questo concetto che, se le manifestazioni influenzali nella sierosa peritoneale possono simulare lesioni acute del ventre gravi e pericolose, occorre la massima oculatezza e prudenza nell'escludere queste, perchè non trascorra il tempo utile (cioè precoce) per un intervento chirurgico ed il paziente non sia condotto così ad un mal passo.

Nel dubbio quindi operare sempre, molto più che la laparotomia associata alla terapia colloidale della sierosa, ha una azione curativa decisa nella sierosite primitiva aspecifica, come è dimostrato dalla mia esperienza personale.

RIASSUNTO.

L'A. in base ad osservazioni cliniche corredate dalla biopsia traccia la nosografia della *sierosite peritoneale primitiva aspecifica* e mette in rilievo la sua importanza nella diagnostica delle affezioni acute addominali.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale del Littorio in Roma
Padiglione Morgagni
Primario Chirurgo: Prof. C. Antonucci.

Sulla duplicità completa bilaterale pielo-ureterale.

Dott. Gaetano Zappalà, assistente.

Dacchè l'introduzione in clinica della urografia discendente, permette di eseguire facilmente e più frequentemente che con i metodi precedenti uno studio accurato e completo dell'apparato urinario, la frequenza delle anomalie renali e pielo-ureterali si è dimostrata notevolmente superiore a quella indicata dalle statistiche puramente anatomiche. Ciò probabilmente è in relazione al fatto che i reni anormali sono molto più frequentemente malati dei reni normali.

Fra le numerose anomalie messe in evidenza mediante l'urografia discendente nel periodo di 3 anni nell'Ospedale del Littorio, credo opportuno illustrare brevemente 3 casi di duplicità completa bilaterale pielo-ureterale, anomalia descritta come abbastanza rara.

Papin ne ha riuniti 39 casi di cui 3 personali.

Il rene con due pelvi e due ureteri può avere un aspetto completamente normale ma può anche essere aumentato di volume, o di lunghezza e presentare un accenno alla suddivisione in 2 masse od anche un aspetto lobato a tipo fetale.

La disposizione dei 2 bacinetti è abbastanza caratteristica: essi sono sempre sovrapposti, uno superiore e uno inferiore senza comunicare fra di loro.

Abitualmente il bacinetto superiore è molto piccolo e corrisponde al grande calice superiore, mentre il bacinetto inferiore è più grande e corrisponde al grande calice inferiore ed ai calici accessori.

I due ureteri sono generalmente di aspetto e volume normali. Essi sono avvolti in una guaina unica.

Nella parte superiore l'uretere che viene dal calice superiore sta all'interno come conseguenza dell'inclinazione in dentro del polo superiore del rene. Durante il loro tragitto i due ureteri possono incrociarsi variamente. L'incrociamento più frequente è il seguente: l'uretere superiore passa dietro all'uretere inferiore, poi s'incrocia da dietro in avanti nella sua parte inferiore, talvolta nello spessore della parete vescicale.

Raro è l'incrociamento a spirale indicato da Weigert.

Per quanto riguarda lo sbocco in vescica, Weigert ha notato che l'orificio vescicale inferiore corrisponde sempre al bacinetto superiore e l'orificio superiore al bacinetto inferiore. Inoltre Mejer ha visto che lo sbocco dell'uretere superiore è sempre più interno; per conseguenza l'uretere superiore sbocca sempre in basso ed in dentro dell'inferiore.

Gli orifici dei due ureteri in vescica possono essere accollati o separati da una distanza variabile da 1 a 15 mm.

Non sempre però ambedue gli ureteri si aprono in vescica.

Uno dei due si apre sempre nella sede normale, l'altro può aprirsi nella donna, nell'uretra, vulva, tube, vagina; nell'uomo: uretra prostatica, vescichetta seminale, dotto eiaculatore, otricolo prostatico; nei due sessi: retto, intestino, uraco. Questi sbocchi sono stati riscontrati in feti non vitali.

Caso I. — A. G., anni 39, sposata, non ha avuto gravidanze.

Da dieci anni circa soffre di coliche epatiche tipiche.

Da tre anni circa mestruazioni abbondanti e dolorose.

Da due anni disturbi vescicali consistenti in pollachiuria, bruciore durante la minzione, tenesmo.

Da un anno senso di peso al fianco destro, a volte dolore che si irradia lungo il decorso dell'uretere di destra fino alla radice della coscia.

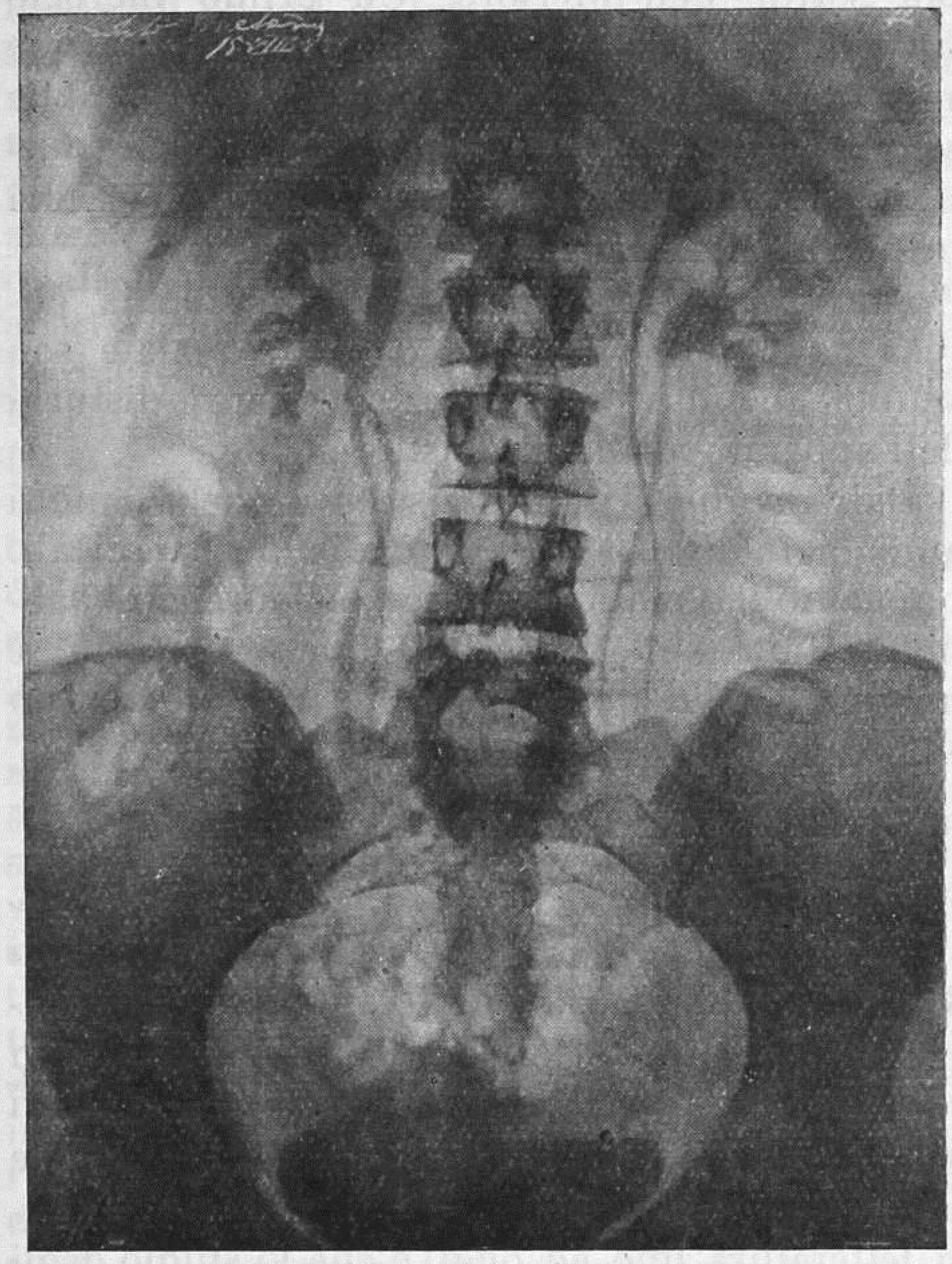
L'esame ginecologico mostra la presenza di un fibroma dell'utero strinsecantesi in avanti ed a destra.

Esame cistoscopico: vescica ben continente, mucosa di aspetto normale.

Gli sbocchi ureterali sono in numero di 4 (2 per lato).

Lo sbocco inferiore, di ciascun lato, è più ampio del superiore.

La distanza fra i due è di circa 5 mm.



CASO I. — FIG. 1.

L'eliminazione del colore iniettato nelle vene, avviene da tutti e 4 gli sbocchi.

L'esame radiologico dopo iniezione endovenosa di Abrodil mostra:

Duplicità completa bilaterale della pelvi e dell'uretere.

Nella pelvi inferiore destra confluiscono 3 grandi calici, superiore, medio e inferiore.

Sia la pelvi che i calici sono leggermente ectasici.

Superiormente non si riesce a fare un'identificazione dei calici e della pelvi, tanto da sembrare che l'uretere imbocchi direttamente in un grosso calice.

A sinistra la pelvi inferiore è di aspetto normale.

Meno chiare sono le ombre riferibili alla cavità della pelvi superiore. Anche qui pare che i calici sbocchino direttamente nell'uretere. Bilateralmente l'uretere superiore, mediale rispetto all'inferiore nella sua prima porzione, incrocia quest'ultima in corrispondenza della 3ª-4ª vertebra lombare e diventa così laterale.

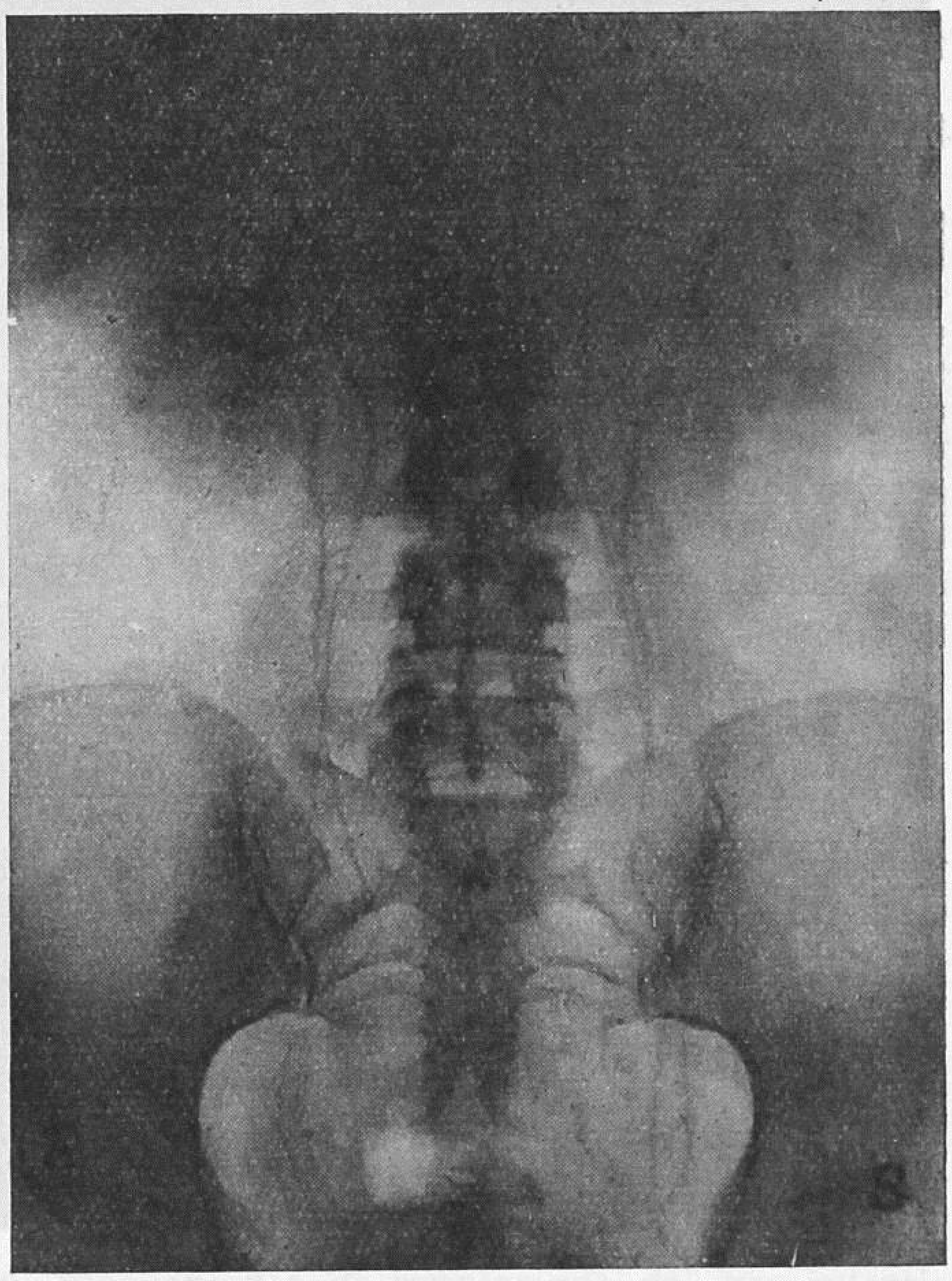
Un altro incrociamento fra i due ureteri avviene a livello delle articolazioni sacro-iliache.

Più in basso gli ureteri non sono bene visibili. La vescica mostra un'impronta costante semicircolare a concavità rivolta in alto, nella sezione destra del suo fondo.

Si tratta probabilmente di una compressione estrinseca sulla vescica compressione che spiega anche lo stato ectasico degli ureteri e delle cavità pelviche di destra.

CASO II. — D. O., di anni 38. Nulla nell'anamnesi.

Da due anni circa avverte in corrispondenza delle regioni lombari senso di peso e dolori vaghi che s'irradiano in avanti verso la vescica. Contemporaneamente la paziente avverte stimolo frequente alla minzione, che si accompagna a bruciore.



CASO II. — FIG. 2.

Cistoscopia: vescica ben continente, lieve iperemia della mucosa.

Gli sbocchi ureterali sono in numero di 4.

Da ciascun lato lo sbocco inferiore ed interno appare di stato ed ampiezza normali: il superiore ed esterno è piccolo; anzi a S. solo l'eliminazione del colore riesce a metterlo in evidenza.

Es. radiologico (Abrodil): duplicità completa bilaterale delle pelvi e dell'uretere.

Le pelvi inferiori di ambedue i lati sono di aspetto normale. Esse ricevono 3 grossi calici.

Gli ureteri superiori sembra invece che imbocchino direttamente nei calici che sembrano due.

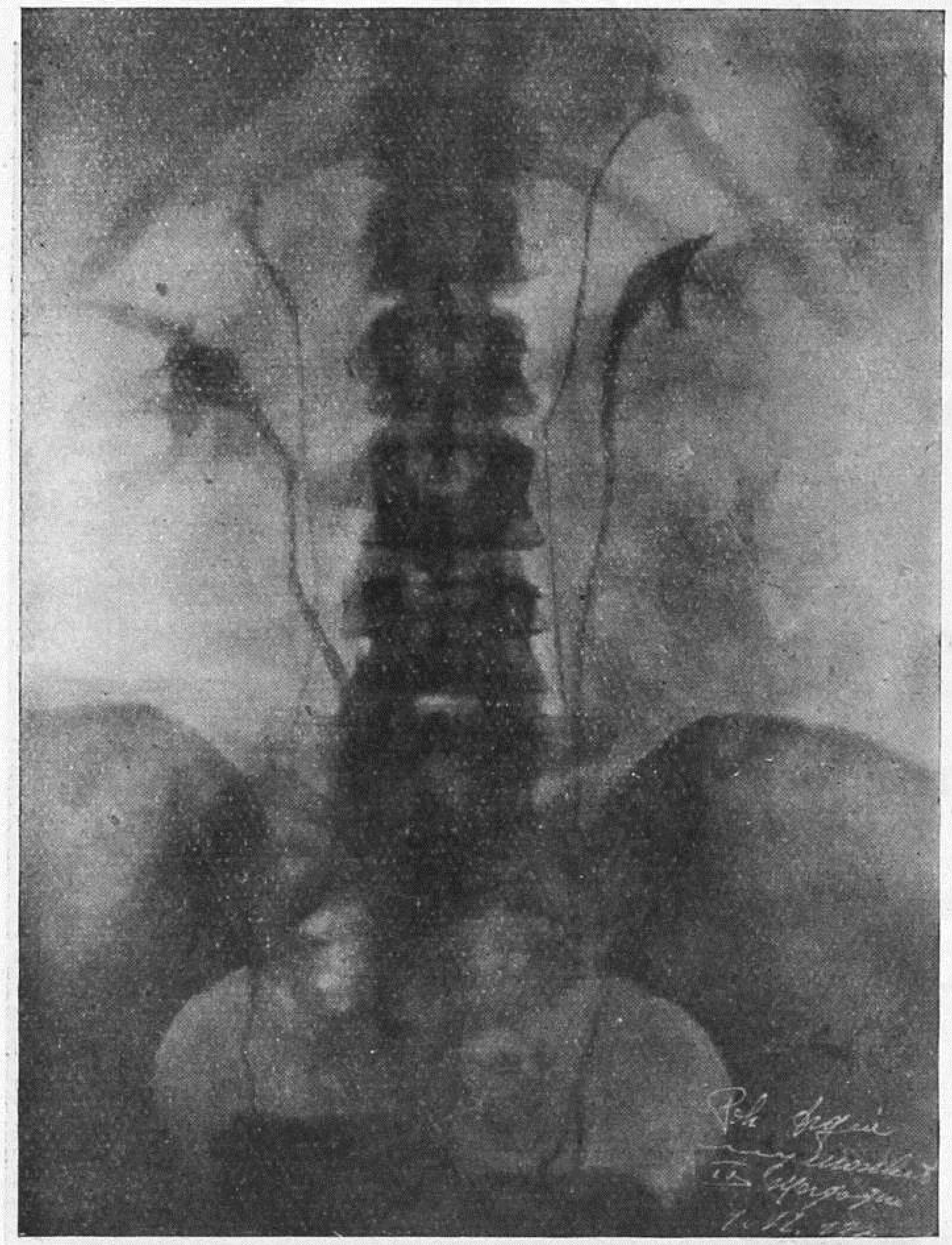
L'uretere superiore, da ambedue i lati è mediale: esso incrocia l'inferiore una prima volta a livello della cresta iliaca ed una seconda volta all'ingresso nel piccolo bacino. L'imbocco degli ureteri in vescica, e la vescica stessa, sono poco individualizzabili.

CASO III. — P. A., di anni 37, coniugata. Nulla nel gentilizio.

A 12 anni appendicite, a 15 tifo. A 25 anni cistite.

Da 6 mesi minzione frequenti, scarse, dolorose. Urine di cattivo odore, torbide. Di tanto in tanto febbre alta preceduta da brivido e che si accompagna a dolori lungo il decorso degli ureteri.

Cistoscopia: vescica ben continente. Edema bolloso del trigono che è arrossato. A. D. 2 sbocchi ureterali all'apparente distanza di 1 cm. l'uno dall'altro, di aspetto normale; a S. si vede uno sbocco solo.



CASO III. — FIG. 3.

Cromocistoscopia: buona eliminazione del colore in 6' bilateralmente.

A. D. eiaculazione alternata dai due sbocchi.

Urografia endovenosa (Abrodil): buona eliminazione bilaterale.

Pelvi doppia bilaterale, uretere doppio bilaterale. I quattro ureteri si seguono in basso fino in vescica.

La disposizione e la morfologia delle pelvi e degli ureteri sono simili a quelle dei casi precedenti.

Ad alcune considerazioni ci porta l'esame dei tre casi descritti. Per quanto riguarda la conformazione delle pelvi ed ai loro rapporti di sede e di grandezza, tutti e tre i casi si possono riportare al tipo classico che abbiamo descritto nel riassumere brevemente la letteratura dell'argomento e cioè:

La pelvi inferiore è più grande della superiore situata più lateralmente. Essa ha l'aspetto di una pelvi normale cui affluiscono 2-3 grandi calici.

Una vera e propria pelvi superiore non esiste: i calici 1-2 sboccano direttamente nell'uretere.

L'uretere superiore è sempre interno all'uretere inferiore in rapporto all'analoga situazione delle rispettive pelvi, dovuta ad una leggera inclinazione del polo superiore del rene in dentro.

Come calibro l'uretere superiore sembra più sottile dell'inferiore. Un primo incrocio fra i due ureteri avviene a livello delle ultime vertebre lombari. Più in basso non è possibile seguire bene il decorso degli ureteri. Pare tuttavia che essi si incrocino una seconda volta prima di sboccare in vescica.

Per quanto riguarda la sintomatologia clinica da notare che tutte e tre le malate son venute alla nostra osservazione per i disturbi dell'apparato urinario (cistite-pielite).

Dall'anamnesi inoltre risultava che da molti anni le inferme accusavano disturbi vescicali.

Quanto la malformazione pieloureterale abbia influito sulle genesi di questi disturbi, è un quesito cui non è possibile rispondere con sicurezza.

Se mai può avanzarsi l'ipotesi che la malformazione abbia rappresentato una predisposizione alla malattia.

Per concludere credo che l'osservazione di 3 casi di duplicità pieloureterale bilaterale completa. in così breve periodo di tempo ed in un solo reparto ospedaliero, possa permetterci di affermare che la malformazione in questione non sia tanto rara come appare dall'esame della letteratura fino ad oggi, e che lo studio degli ammalati dell'apparato urinario con la urografia discendente metterà in evidenza in una maggiore percentuale queste malformazioni pieloureterali.

RIASSUNTO.

L'A. illustra 3 casi di duplicità completa bilaterale pieloureterale.

BIBLIOGRAFIA.

ANTONUCCI e CASSUTO. *De quelques cas d'anomalies reno-ureterales*. Journal d'Urologie. Tome XXIV, 1927.

VITALE. *Le anomalie renali*. Policlinico, Sez. Chirurgica, n. 5, 1930.

ID. *Le anomalie ureterali*. Archivio Italiano di Urologia, vol. V, fasc. III, 1929.

ASCOLI. *M. Sulla duplicazione bilaterale degli ureteri con uno sbocco ectopico*. Archivio Italiano di Urologia, vol. IV, fasc. II, 1927.

PAPIN E. *Les anomalies del reins et des uretéres*.

ID. *Chirurgie du rein*, vol. I.

VERLIAC M. *Anomalies reno-urétérals*. Journ. d'Ur. T. XXII, n. 6, 1926.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

I disturbi funzionali dell'intestino dopo operazioni addominali.

(V. BONNEY. *The Lancet*, 15 dicembre 1934).

Ognuno che abbia pratica di operazioni addominali, e più di tutti forse i pazienti stessi, sanno che all'operazione segue quasi sempre un disturbo a carico dello stomaco e dell'intestino caratterizzato da un eccesso di gas e da peristalsi disordinata. La gravità di tale disturbo varia notevolmente, ma tutti coloro i quali hanno avuto la loro cavità addominale aperta sono d'accordo nell'ammettere che il fastidio causato dall'alterazione intestinale era la parte peggiore di ciò che essi avevano sofferto.

Nessuna importanza ha la sede in cui è stato praticato l'intervento: il disturbo comincia dallo stomaco e dalla parte alta dell'intestino e raramente si manifesta prima del secondo giorno dopo l'operazione. I disturbi sono caratterizzati da una intensa peristalsi e da un accentuato aumento dei gas intestinali: ciascuno di questi due elementi può prevalere sull'altro nel quadro clinico: ad un estremo vi sono casi in cui non si apprezza alcuna distensione addominale ma una peristalsi accentuata e dolorosa, all'altro casi con grande meteorismo e poca o nulla peristalsi: fra questi due estremi sono da porre i casi più comuni in cui sia la distensione che l'aumento di peristalsi sono presenti. In quanto all'influenza del trauma operatorio si è visto che tali casi sono più frequenti dopo operazioni che involvono un'area più ampia e in quelle nelle quali l'incisione è sottoombelicale e nella linea mediana: non ha importanza l'essere l'area operativa settica o l'essere stati gli intestini trattati rudemente: il disturbo è molto più frequente nei soggetti anziani che nei giovani: anzi l'ileo paralitico, che è la condizione estrema di tale complicazione, è caratteristico dei vecchi. Inoltre è da ricordare che una notevole distensione intestinale può seguire ad interventi retroperitoneali o a lesioni del tessuto retroperitoneale stesso (nefrectomie, emorragie, ecc.).

Origine dei gas intestinali. — I gas contenuti nello stomaco ed intestino derivano da tre meccanismi:

1) aria immessa nello stomaco con l'atto di inghiottire;

2) diffusione attraverso la parete gastrica ed intestinale di gas disciolti nel sangue;

3) modificazioni chimiche del contenuto intestinale.

Le proporzioni con cui questi tre fattori contribuiscono alla formazione dei gas intestinali sono naturalmente variabili. Nell'individuo sano il gas introdotto o formatosi nel tratto intestinale viene eliminato per mezzo di due fattori: a) *assorbimento*, la cui intensità dipende dalla quantità di gas che il sangue può assorbire; b) *peristalsi*, la quale ha grande importanza perchè non solo permette l'eliminazione dall'ano dell'eccesso di gas ma anche ne rende possibile un maggiore assorbimento da parte del sangue in quanto suddivide il gas stesso nei vari distretti intestinali.

La pressione intraperitoneale e cioè la pressione esercitata dagli intestini sulla parete addominale dipende da varî fattori: 1) la tendenza degli intestini ad espandersi; 2) il loro peso; 3) la presenza o l'assenza di contrazione del diaframma e della muscolatura addominale.

Se i tessuti che circondano i gas intestinali (e cioè la parete intestinale e la parete addominale) fossero tessuti non vitali, la pressione dei gas dovrebbe aumentare fino a superare quella atmosferica e si dovrebbe avere una distensione passiva della parete: ma ciò non è il caso per tessuti viventi, i quali hanno un potere di adattamento attivo ai gas da essi contenuto. La questione di quanto grande questo adattamento vitale possa essere in soggetti umani non è senza importanza, in quanto, quando tale adattamento ha raggiunto i suoi limiti estremi, ogni ulteriore distensione può essere effettuata soltanto per mezzo di una distensione meccanica ed è a ciò necessaria una pressione negli intestini di molto superiore a quella atmosferica.

Meccanismo della distensione addominale. — Perchè la distensione addominale si produca è necessaria una interruzione dell'equilibrio del meccanismo di regolazione dei gas intestinali, sia nel senso di una aumentata produzione che di una diminuita rimozione di essi o di ambedue i fattori insieme.

In quanto alla aumentata produzione di gas viene data teoricamente una grande importanza all'aria inghiottita durante l'intervento e nelle 24 ore successive: ma in pratica si è visto che tale fattore è trascurabile. Maggiore importanza pare invece che abbia il fatto che la presenza di Co_2 nell'intestino è aumentata quando la corrente sanguigna attraverso i capillari intestinali è rallentata da una parziale ostruzione del reflusso venoso, fenomeno questo che spesso si verifica in seguito ad operazioni sull'intestino. Più difficile è precisare quanta parte abbiano nel meccanismo della distensione addominale post-operatoria le variazioni biochimiche che avvengono nel contenuto intestinale.

La diminuita rimozione dei gas intestinali ha sicuramente maggiore importanza nella genesi di questi disturbi: e fra le cause di tale minore eliminazione certamente il diminuito potere di assorbimento per alterazione della circolazione di ritorno da congestione delle vene mesenteriche è quella che è più da incriminare.

La distinzione fra disturbi intestinali post-operatori e ostruzione funzionale (ileo paralitico) port-operatorio è puramente quantitativa, non qualitativa: clinicamente, fra questi due estremi, si incontrano tutti i varî gradi di gravità, ciò che dimostra che si ha a che fare non con entità cliniche diverse ma con varie fasi dello stesso fenomeno.

Riassumendo, le operazioni che aprono la cavità peritoneale o che, senza aprirla, involvono i tessuti ad essa giustapposti, causano disturbi intestinali caratterizzati da una cessazione generale o regionale dei movimenti intestinali e un'alterazione della circolazione mesenterica: risultato di ciò è uno squilibrio del meccanismo di regolazione dei gas intestinali a cui segue la distensione gassosa. Se questi fenomeni motori e vasomotori sono accentuati e la distensione raggiunge un alto grado, il reflusso venoso dai vasi intestinali viene ritardato sia per la tensione del mesentere che per l'aumentata pressione intraperitoneale: la parete dell'intestino disteso diventa paralitica e si formano ripiegamenti multipli dell'intestino (quali si vedono quando si reinterviene in tali operati) che producono una serie di ostruzioni meccaniche. L'ostacolata circolazione attraverso le mesenteriche è seguìta da essudazione nel lume dell'intestino, essudazione che è più accentuata in quella sezione in cui la congestione venosa raggiunge il suo *maximum*, ed il liquido essudato subisce trasformazioni biochimiche che lo rendono tossico: è questo liquido che viene emesso con il vomito.

I fenomeni suddescritti non sono specificamente da porre in relazione con il trauma operatorio o con l'esposizione dell'intestino, perchè possono verificarsi anche dopo interventi che non aprono la cavità peritoneale: e ciò, insieme con il fatto che l'area dell'operazione è spesso distante dall'area in cui tali fenomeni hanno luogo, può solo essere spiegato con l'ipotesi che i disturbi motori e vasomotori dell'intestino, che sono la base della sindrome, siano causati da un agente generato in qualche parte dei tessuti che l'intervento ha traumatizzato: è a pensare infatti che l'origine dei disturbi debba ricercarsi in alterazioni circolatorie. L'ipocloremia e l'alcalosi che accompagna la sindrome pienamente sviluppata è da considerarsi come fenomeno terminale non causale.

G. LA CAVA.

Patologia e cura del complesso sintomatico varicoso del retto.

(K. BLOND, *Wien. Klin. Wochenschr*, 23 novembre 1934).

Le varici alte del retto possono determinare una serie di conseguenze e di successioni morbose, che l'A. definisce in bocco come « complesso sintomatico varicoso del retto ». A questo complesso appartengono molte forme designate prima con dei nomi speciali e considerate molte come manifestazioni indipendenti: noduli emorroidari, fessura anale, periproctite, eritema e prurito anale.

I noduli emorroidari sono solo un sintomo parziale della malattia: essi appartengono al plesso emorroidale inferiore o medio, mentre le varici interessano il plesso superiore. L'asportazione chirurgica dei noduli non guarisce quindi la malattia. La presenza di varici alte determina fenomeni da stasi, e quindi alterazioni trofiche della cute corrispondente: eritema, eczema anale, prurito anale, depigmentazione e atrofia della pelle circostante all'ano. Sono alterazioni perfettamente analoghe a quelle che si osservano alle estremità inferiori nelle varici delle gambe. Talvolta si manifesta ancora un'altra complicazione: una tromboflebite suppurativa nel territorio del plesso emorroidario superiore. Suppura in tal caso, oltre al trombo del nodo emorroidario, anche il trombo situato nei rami afferenti, fino alle diramazioni capillari. In uno o in due posti simmetrici si osserva allora dopo pochi giorni una tumefazione e un arrossamento della pelle e quindi la fusione del tumore infiammatorio. Questa complicanza è detta comunemente « periproctite », si riteneva che l'infezione avvenisse per via linfatica. L'ascesso è invece in diretto rapporto con una tromboflebite suppurata alta: solo eliminando quest'ultima si riesce a far guarire le interminabili fistole, ribelli a tutti i comuni trattamenti. Come le fistole anali derivano da un nodo emorroidario alto suppurato, così se suppura un nodo situato al punto di passaggio della mucosa alla pelle esterna, si sviluppa la « fessura anale ». Anche questa concezione è nuova: la fessura anale è un'ulcerazione formatasi per la rottura di un nodo emorroidario suppurato.

La cura di tutte le manifestazioni morbose finora passate in rivista consiste nel far obliterare le varici del plesso emorroidario superiore. L'A. usa a tale scopo delle soluzioni di chinino, ed ha trattato in tal modo 350 pazienti: in 110 casi esistevano anche fessure anali, in 26 casi una o più fistole, in oltre 50 casi prurito ed eczema anale, in oltre 30 casi un prolasso del retto. Quasi tutti i casi di fistola anale erano stati in precedenza operati una o più volte senza successo. Quasi sempre la terapia obliterante ha fatto guarire tutte le manifestazioni.

Nel caso di fessura anale basta iniettare al di sotto della ulcerazione 2-3 gocce di soluzione di chinino al 33 % per dare la pronta guarigione.

R. POLLITZER.

L'equilibrio microbico intestinale. La regolazione dei germi dell'intestino. La dismicrobia digestiva.

(J. CH. ROUX e R. GOIFFON. *Presse Méd.*, 16 genn. 1935).

I processi microbici che si verificano nell'intestino sono sopportati senza sofferen-

za apparente dall'organismo a condizione che fermentazioni e putrefazioni siano equilibrate; se l'attività di uno dei gruppi microbici (fermentativo e putrefattivo) domina su quella dell'altro, si presentano disturbi locali e generali che sono stati spesso oggetto di studio.

In effetti, anche se si suppone che la vita dei microbi intestinali sia localizzata strettamente nell'intestino, i sottoprodotti di questa vita possono irritare la mucosa e, se assorbiti, possono agire come tossici generali.

I metodi di batteriologia classica (cultura e identificazione) hanno permesso di acquisire importanti nozioni sulle variazioni della flora intestinale, ma sono insufficienti, sia perchè con essi si coltiva solo una parte dei germi delle feci, quelli sopravviventi, mentre la massima parte sono morti, sia perchè lo stesso germe, come il colibacillo, può, secondo la natura del mezzo in cui vive, agire come fermentatore o come putrefattivo. Il metodo che ha dato i migliori risultati è la ricerca e la misurazione dei prodotti delle fermentazioni e delle putrefazioni.

La tecnica di dosaggio degli acidi organici volatili ha permesso una diagnosi precisa delle fermentazioni intestinali, siano o no accompagnate da gas, siano le feci acide o alcaline. Il tasso di acidi organici, espresso in centimetri cubi di soluzione normale di acido per cento grammi di feci è nell'uomo normale di 15 cc. e può elevarsi a più di 50 cc. in certi stati patologici.

Le putrefazioni intestinali, che si fanno non soltanto a spese dei residui indigeriti degli alimenti ma sopratutto per distruzione delle sostanze azotate provenienti dalla mucosa, danno luogo alla formazione di aminoacidi e di ammoniaca che è facile dosare in blocco con il metodo al formolo.

Nell'individuo normale si ottengono meno di 4 cc. di soluzione normale di ammoniaca per 100 gr. di feci, mentre si possono ottenere valori di più di 10 cc. quando le putrefazioni sono intense.

Scarse sono le variazioni dell'indolo. I fenoli invece possono, da valori normali inferiori a gr. 0,40 per 100 gr. di feci, elevarsi a più di 1 gr. in condizioni anormali.

I prodotti acidi da una parte e l'ammoniaca e le secrezioni alcaline dell'intestino dall'altra, sono generalmente in un tale equilibrio che la reazione delle feci è vicina alla neutralità. Malgrado la varietà delle sostanze nutritive, malgrado le variazioni alimentari giornaliere e la molteplicità dei fattori che possono modificare l'attività microbica, nei soggetti normali si ritrovano invariabilmente per 100 gr. di feci da 14,5 a 16 cc. di acidi organici e da 2 a 3 cc. di ammoniaca. Ciò presuppone l'esistenza di una regolazione fisiologica.

Numerosi fattori tendono sostanzialmente a distruggere questo equilibrio.

Fra le condizioni che tendono ad aumentare gli acidi organici è anzitutto da considerare l'eccesso di alimenti idrocarbonati che sfuggono all'azione dei fermenti solubili e lasciano nel colon destro dei residui più considerevoli. È sopratutto il caso degli amilacei in cui il granulo di amido è circondato da un involucro di cellulosa (sopratutto leguminose) o degli amilacei che non hanno subìto l'azione della cottura o degli amidi delle banane insufficientemente mature. Il lattosio sviluppa ugualmente una fermentazione acida nel grosso intestino, essendo difficilmente sdoppiato e digerito nel tenue (è grazie a questa proprietà che può essere utilizzato in terapia). L'eccesso di amido può essere relativo se i fermenti digestivi sono insufficienti.

Un'altra causa di eccesso di fermentazioni è l'invasione dell'intestino tenue da parte di una flora batterica particolarmente attiva. I succhi digestivi e forse la mucosa del tenue esercitano un'azione microbicida, ma basta un arresto di questa difesa perchè i microbi che refluiscono nel tenue provochino fermentazione quasi esplosiva dello zucchero liberato dagli alimenti.

Quando le fermentazioni si installano provocano una leggera acidità del mezzo intestinale che arresta le putrefazioni compensatrici e accelera ancora l'attività dei microbi acidificanti.

Fra i fattori capaci di far variare l'equilibrio verso un accesso di formazione di ammoniaca è in primo luogo da considerare un eccesso di alimenti azotati, sopratutto se già in via di putrefazione, ciò che si verifica spesso con le sostanze carnee. Ma l'ammoniaca si sviluppa più spesso a spese dei liquidi albuminosi secreti dall'intestino. La più piccola irritazione colica provoca una produzione considerevole di un liquido che si mescola ai residui alimentari e subisce una putrefazione ammoniacale rapida ed è la causa reale delle feci alcaline, putride della colite. Infine il ristagno nel colon dove si sviluppa una flora di putrefazione ha lo stesso effetto. Il movimento e la progressione del contenuto è uno dei migliori mezzi di lotta contro l'azione dei microbi.

Come si oppone l'organismo a questi diversi fattori che tendono a sviluppare nell'intestino un eccesso di fermentazione o di putrefazione?

Innanzi tutto l'intestino assorbe ed utilizza una parte degli acidi organici e dei sali ammoniacali. Ma l'intestino può difendersi contro i germi stessi facendo intervenire diversi fattori.

Uno di essi è la rapidità del transito.

Quando le putrefazioni aumentano ed il tasso delle sostanze nocive diviene molto elevato, l'organismo si libera con una diarrea che permette la ricostituzione di una flora batterica normale.

Oltre a ciò, è da considerare l'antagonismo

microbico tra flora fermentativa e flora putrefattiva e forse anche l'azione del batteriofago.

Sotto l'influenza di queste diverse azioni le feci sono evacuate con un tipo chimico e batteriologico ben definito.

Quando l'equilibrio fra i prodotti fermentativi e putrefattivi è rotto si ha quello che gli AA. chiamano la *dismicrobia intestinale*.

Essa si manifesta con un eccesso di fermentazione o di putrefazione o con i due disturbi associati.

La dismicrobia intestinale è dovuta ad un difetto di equilibrio fra la natura della alimentazione e la resistenza dell'organismo. Esiste una tendenza un po' semplicista a volere fissare un tipo definito di alimentazione per un adulto normale. Ma tutti gli individui sono ben lontani dal possedere la stessa capacità digestiva. Vi sono individui a tendenza vegetariana, altri a tendenza carnea, nel senso che i primi possono sopportare facilmente un regime molto ricco in cellulosa e in idrati di carbonio, gli altri un regime carneo. Se il regime non si adatta alla loro capacità digestiva ne segue una dismicrobia digestiva.

Questo termine tende a ricordare che, in patologia intestinale, oltre alle lesioni organiche del tubo digestivo, esiste nel pullulare o nell'inibizione della flora microbica, acidificante o alcalinizzante, una causa reale di disturbi intestinali numerosi. Questi squilibri della flora microbica devono essere studiati accuratamente allo stesso titolo delle coliti e delle deficienze secretorie, tanto più che noi possediamo al riguardo numerose risorse terapeutiche.

C. TOSCANO.

SISTEMA NERVOSO.

L'ipertensione arteriosa nei traumi cranici.

(P. WERTHEIMER e P. FRIEH. *Presse Médicale*, 19 gennaio 1935).

I traumi cranici determinano modificazione della pressione arteriosa di due tipi: *a*) fase iniziale d'ipotensione seguìta da ipertensione lenta e moderata; *b*) ipertensione spesso improvvisa, oppure gradatamente ascendente, preceduta o non da una fase ipotensiva.

Il primo tipo corrisponde di solito ad un trauma unico o a traumi ripetuti ma leggeri, ed il secondo a traumi violenti, isolati o ripetuti.

Albert trovò che un'ipertensione intracranica moderata provoca un'ipotensione arteriosa sia encefalica che generale, mentre un'ipertensione intracranica forte o rapida sviluppa una reazione vasale di tipo ipertensivo.

L'ipertensione vasale provocata dall'ipertensione intracranica acuta è un fenomeno di eccitazione dei centri vasomotori simpatici, e rappresenta un indice prognostico delle emorragie ventricolari e dei traumi cranici.

Si spiegherebbero così i focolai emorragici a distanza: essi sarebbero una conseguenza dell'ipertensione vasale.

In ogni caso la morte per ipertensione vasale sarebbe possibile solo negli individui con tare organiche di fragilità dei vasi, mentre negli altri è provocata sempre da paralisi del centro respiratorio.

Gli accidenti gravi consecutivi a traumi cranici sarebbero prodotti dal blocco parziale o totale delle vie di deflusso del liquido cefalo-rachidiano.

Questo blocco si traduce clinicamente con i seguenti fatti: assenza della fase iniziale di ipotensione arteriosa, ipertensione arteriosa progressiva, respiro stertoroso, assenza d'ipertensione del liquor alla puntura sottocipitale.

Il libero deflusso del liquido cefalo-rachidiano, invece, è indicato da una brusca ipotensione corrispondente ad un periodo di apnea, seguìta da un'elevazione lenta e parallela della pressione del liquor e del sangue.

La differenziazione dei due quadri clinici e dei reperti anatomo-patologici corrispondenti permette di concludere che il tipo « passaggio libero » ha una prognosi favorevole, mentre il tipo opposto « blocco del liquor » implica la morte dell'animale.

Ma fra questi due estremi ve ne è uno intermedio di « blocco relativo ».

Il blocco completo è provocato dalla presenza di un coagulo di sangue nei ventricoli o nella regione bulbare o dalla compressione delle vie nelle quali circola il liquor (edema delle parti circostanti, deviazione o compressione esercitata dalle vie stesse del liquor accumulato sotto pressione). Ora malgrado la presenza di questi fatti le vie di deflusso del liquor possono rimanere in parte pervie, in modo che non si produce l'idrocefalo traumatico.

Questa distinzione ha una notevole importanza pratica. In effetti il blocco relativo determina come quello completo un aumento della pressione vasale, di cui pertanto viene ad essere attenuato il significato prognostico.

In conclusione: 1) Ogni trauma ventricolare o sottodurale determina un'ipertensione arteriosa per il solo fatto che provoca un'ipertensione intracranica. 2) L'ipertensione vasale è dovuta ad un'eccitazione diretta dei centri vaso-motori simpatici; ed, in presenza di fragilità vasale, essa è responsabile della produzione di emorragie a distanza che aggravano la sindrome d'ipertensione intracranica. 3) Il blocco del liquor, completo o parziale, si traduce con un'ipertensione rapida ed elevata. 4) La puntura lombare consente di distinguere il blocco completo o relativo; perchè la sottrazione prudente di liquor provoca la caduta progressiva della pressione vasale nel caso di blocco parziale o transitorio, mentre non arreca alcun sollievo nel caso di blocco completo.

Questi dati sperimentali trovano riscontro in buona parte nella clinica. Le osservazioni finora fatte al riguardo consentono le seguenti deduzioni pratiche:

In ogni caso di trauma cranico recente si deve praticare quotidianamente l'esame della pressione arteriosa.

L'assenza d'ipertensione arteriosa esclude la costituzione di un bocco del liquido cefalo-rachidiano.

Tuttavia la persistenza di una pressione arteriosa normale non implica una prognosi assolutamente favorevole. Questa rimane sempre in funzione dei segni clinici e della loro evoluzione nonchè delle variazioni della pressione del liquor. Ma nei casi di una pressione del liquor bassa o anche stabile coincidente con un aggravamento della sindrome clinica, l'ipotesi del blocco può essere scartata se la pressione arteriosa rimane al suo livello iniziale.

L'ipertensione arteriosa, sopra tutto rapida e forte, associata a pressione del liquor bassa e non in aumento, indica la produzione di blocco.

Quando a seguito di rachicentesi lenta e prudente, a goccia a goccia, si ha abbassamento della pressione arteriosa si tratta di blocco relativo. Se nelle stesse condizioni la pressione arteriosa non si modifica, il blocco è completo ed effettivo. DR.

La patogenesi della retinite detta brightica e la sua scomparsa colle decompressioni cefalorachidiane ripetute.

(A. MAGITOT e A. DUBOIS. *La Presse Médic.*, 22 settembre 1934).

Se la genesi della retinite dei nefritici pare sia strettamente legata all'ipertensione generale, è certo che esiste anche un'ipertensione locale che si mette in evidenza colla sfigmoscopia mentre si comprime l'occhio con un dinamometro. L'indice normale di pressione locale è di 10 gr.; nella retinite albuminurica può essere il doppio.

Ma oltre all'ipertensione sanguigna generale e locale c'è un'ipertensione del liquor.

Le chiazze biancastre della retinite albuminurica sono alcune precoci (da essudazioni fibrinose e da scollamenti di elementi nervosi per effetto di queste essudazioni) e altre tardive (per degenerazione gangliforme dei cilindrassi ottici e per i depositi lipoidici contenuti nelle cellule dette granulose).

Le alterazioni vascolari hanno notevole importanza e sono un po' diverse dall'angiosclerosi comune.

Gli AA. ritengono che la teoria tossica della retinite non sia accettabile, perchè non spiega senz'altro tutti i fenomeni. Di più: spesso la retinite compare all'inizio della malattia, quando ancora l'azotemia è normale. Anche la colesterinemia non ha importanza, perchè può esservi ipercolesterinemia senza retinite e viceversa retinite con scarsa colesterinemia.

La teoria vascolare è quella che ammette la esistenza di ipertensione con spasmi vascolari (in contrapposto all'ipertensione benigna detta rossa perchè senza spasmi) e si conosce nella genesi della retinite una lesione retinica da vasocostrizione.

Magitot e Dubois ritengono che anche la teoria degli spasmi dei vasi retinici non sia accettabile perchè hanno veduto regredire la retinite (con scomparsa anche delle chiazze biancastre da essudati) colla sottrazione ripetuta di liquido cefalorachidiano, per cui ritengono che la retinite dipenda da ipertensione endocranica, che produce prima edema della papilla. Però essi ritengono che l'ipertensione generale e locale siano indispensabili, oltre all'ipertensione del liquor, per diagnosticare la retinite albuminurica e pensano che la sottrazione di liquido cefalorachidiano riduce il volume del liquido interstiziale dell'occhio, diminuisce la trasudazione capillare e riduce la stasi venosa. Essi pensano che l'associazione dei tre fatti, ipertensione arteriosa generale, ipertensione locale e ipertensione endocranica collaborano nella produzione della retinite.

In attesa che ulteriori studi ci dicano se la ipertensione precede o segue le lesioni vascolari e se queste sono, e in che modo, influenzate dalle ghiandole endocrine, un fatto resta assicurato alla pratica: che la decompressione cefalorachidiana migliora le lesioni oculari. R. LUSENA.

Le complicazioni nervose della melitococcia.

(H. ROGER. *Gazette des Hôpitaux*, 28 ott. 1934).

Per lungo tempo è sembrato che la febbre di Malta non avesse una grande affinità per il sistema nervoso; ma più accurate ricerche hanno recentemente permesso di compilare un intiero capitolo sulla neuromelitococcia, comprendente: le paraplegie melitococciche, le meningoencefaliti, la nevrassite e le nevriti.

Generalmente le paraplegie sono flaccide con abolizione dei riflessi rotulei, achillei e addominali; predominano alle estremità e presentano una accentuata atrofia muscolare. La sindrome sensitiva consiste in alcune algie del tipo radicolare e poi in dolori spontanei o provocati dalla pressione delle masse muscolari. L'evoluzione è lentamente progressiva, ma l'affezione una volta costituitasi può anche regredire, lasciando però delle sequele. Questo quadro clinico è da riferirsi ad una meningoradicoloneurite: esistono infatti delle intense modificazioni del liquido cerebro-spinale che parla in favore di una infezione meningea.

Vi sono alcuni casi, più rari, di paraplegia spasmodica da riferirsi ad una mielite; queste forme non si accompagnano a reazione meningea.

Le meningoencefaliti melitococciche, sono singolari per l'insieme sintomatico che presentano. Sono da considerarsi anzitutto gli spasmi vascolari silviani. Il malato presenta una o più crisi di formicolii unilaterali che risalgono lungo l'arto superiore fino alla radice e poi alla faccia, oppure che discendono dalla nuca all'arto inferiore. Contemporaneamente si hanno disturbi motori a tipo di paresi e talvolta di movimenti anormali localizzati. Le crisi di emidisestesia durano da qualche minuto ad una o due ore e possono accompagnarsi ad intensa cefalea ed anche a febbre; possono essere uniche o ripetersi per alcuni giorni.

Un altro carattere delle meningoencefaliti melitococciche è costituito dalla coesistenza di una sindrome cochleovestibolare che consiste in rumori auricolari, sordità mono o bilaterale, vertigini e disturbi dell'equilibrio. Vi è infine uno stato mentale particolare: astenia, indifferenza affettiva, euforia, episodi di delirio e di stato confusionale. D'altro canto l'esame mostra la assenza quasi completa di sintomi neurologici obiettivi, all'infuori di un Babinski mono o bilaterale. La puntura lombare rivela una importante reazione citoalbuminosa del liquor. L'A. è del parere che la lesione principale sia a livello delle meningi della base, con reazione irritativa dei vasi silviani e delle radici dell'VIII paio di nervi cranici; al processo meningo-vascolare si aggiunge un certo grado di corticalite.

La malattia può evolvere verso la guarigione dopo un tempo più o meno lungo, con o senza esiti; ma alcuni casi terminano con la morte, durante un attacco di confusione mentale.

Delle nevriti melitococciche la più frequente è la sciatica; ha una evoluzione lunga ed è caratterizzata da un dolore intenso e ribelle che obbliga il malato ad un riposo in letto assai prolungato. Alla sciatica si associano talora dolori nel territorio del crurale. In alcuni casi si hanno algie intercostali, paresi del radiale, nevrite ottica.

L'A. insiste sulla importanza considerevole della reazione delle meningi nella melitococcia: reazione che va dalla lievissima linfocitosi e iperalbuminosi latente del periodo acuto della febbre di Malta, fino alla sindrome di iperalbuminosi ed ipercitosi intensa che caratterizzano tanto la paraplegia a tipo di meningoradicolonevrite, quanto la sindrome encefalomeningea a tipo di meningite sierosa della base ed anche le vere meningiti cliniche da melitenense.

Un'altra caratteristica importante della neuromelitococcia è la diffusione della malattia alle diverse regioni del nevrasse, fino ad aversi una vera nevrassite melitococcica.

Le complicazioni neurologiche della febbre ondulante appaiono tardivamente, anzi in alcuni casi a distanza di alcuni anni dalla malattia iniziale, cosicchè la diagnosi etiologica può apparire dubbiosa. In questo periodo tardivo l'emocultura e la agglutinazione nel sangue sono ormai negative e sarà d'uopo ricercarle nel liquor con adatta tecnica. Si praticherà utilmente la intradermoreazione con la melitina o la abortina. Per spiegare queste complicazioni ultra-tardive bisogna ammettere una cronicità della melitococcia ed una lunga latenza delle manifestazioni nervose.

Per quanto suscettibile di cura nelle sue manifestazioni la neuromelitococcia prolunga il decorso ed aggrava il prognostico della melitense; essa lascia spesso delle sequele indelebili ed in qualche caso è causa di morte. Fortunatamente le complicazioni nervose sono molto rare, al confronto degli innumerevoli casi di melitense o di infezione da Bang che infestano alcune regioni. VICENTINI.

L'ATTUALITÀ SCIENTIFICA

Come avviene l'infezione malarica.

Una scoperta che crediamo fondamentale nelle nostre conoscenze sulla malaria è stata compiuta da A. Missiroli, il quale l'aveva già annunziata nel suo volume di *Lezioni* ed ora ne ha fatto argomento di una breve memoria (*Riv. di Malariologia*, 1, n. 5, 1934).

Risulta che gli sporozoiti determinano l'infezione attraverso il sistema linfatico.

Le esperienze sono state condotte negli uccelli. I gametociti inoculati sotto la cute mostrano un duplice comportamento: una parte di essi subisce delle alterazioni di natura degenerativa; presumibilmente sono quelli immaturi e non idonei a produrre l'infezione. La parte maggiore di essi, invece, presenta modificazioni già descritte dall'A. ed ora meglio precisate dall'A. stesso e da J. C. Ferreira: esse comprovano l'esistenza di un nuovo stadio dei parassiti malarici. Queste forme si allontanano dal tessuto sottocutaneo per la via dei linfatici: difatti non si trovano che per poco, e inoculando gli sporozoiti nella parte distale dell'ala degli uccelli, se l'ala viene recisa alla base, l'infezione si produce solo quando questa recisione si compie dopo almeno 4 minuti.

Dunque l'infezione non può prodursi per la via sanguigna. Difatti allora sarebbe immediata.

In collaborazione di E. Mosna, l'A. ha anche indagato il comportamento della reazione di Feulgen nei parassiti malarici. Questa reazione è caratteristica della sostanza nucleare; essa è risultata positiva in tutti gli stadi del *Plasmodium vivax*, così nell'uomo come nell'anofele, fatta eccezione per gli schizonti in via di sviluppo; nel *P. relictum* degli uccelli si è dimostrata debolmente positiva anche durante tale stadio (ricerche di Jorevec e Cerny).

La reazione di Feulgen assume, così, importanza per ritrovare i vari stadi dei parassiti malarici e, quindi, per le ricerche sopra menzionate.

Una conferma di tali ricerche parve esser data dalle esperienze di G. Raffaele, da noi già riferite, condotte negli uccelli e secondo cui gli sporozoiti inoculati nel torrente circolatorio non sono in grado di produrre l'infezione. Tuttavia nuove ricerche eseguite dallo stesso A. e condotte nell'uomo (*Riv. di Malar.*, I, 1934, n. 6) hanno avuto esito negativo. È probabile che negli uccelli intervenissero fattori di perturbamento (per es. l'impiego dell'anestesia eterea).

Comunque, non sussiste un contrasto tra queste e le ricerche di Missiroli, sulla via linfatica prescelta dagli sporozoiti, poichè dalla circolazione sanguigna gli sporozoiti possono passare in quella linfatica.

Aggiungiamo che Missiroli documenta che Grassi, con straordinaria intuizione, aveva già previsto l'esistenza, nei parassiti malarici, di una fase intermedia tra quella di sporozoiti e quella che si osserva nelle emazie; poi egli era rimasto sviato dalla descrizione di Schaudinn relativa alla penetrazione diretta degli sporozoiti nelle emazie; per un trentennio questa presunta scoperta ha paralizzato le ricerche in tale campo di studi. L. V.

La reazione di Chorine nella malaria.

Com'è noto, Henry aveva preconizzato, per la diagnosi della malaria, una reazione di flocculazione tra i sieri di malarici e una sospensione, in acqua distillata lievemente fenolata, di un pigmento assimilabile a quello malarico, per es. la melanina dell'occhio di bue (ovvero con una soluzione di composti organici di ferro, che, però, dava risultati meno decisi).

La reazione di Henry è stata largamente sperimentata ed applicata ed ha condotto a risultati notevolissimi; veniva ad offrirci un'ottima risorsa per la diagnosi di malaria nei casi dubbi e nelle latenze secondarie. In Italia ne hanno riconosciuto il valore F. Sabatucci, A. Pozzi, A. Corradetti, G. Brotzu, M. Biasiotti, ecc.

Si è tentato di sostituire al pigmento di coroide di bue altri pigmenti, come il nero seppia e il pigmento di coroide umana; ma la tecnica primitiva della melanoflocculazione di Henry è quella più pratica e più generalmente adottata.

Henry presumeva trattarsi di una reazione tra antigeni e anticorpi.

Lavorando nell'Istituto Pasteur di Parigi (reparto di Marchoux), V. Chorine ha dimostrato, invece, che si tratta di una semplice flocculazione fisico-chimica. Difatti egli ha riconosciuto che la reazione si ottiene anche diluendo semplicemente il siero con acqua distillata, a 1:10; se non che, in queste condizioni di flocculato non è ben visibile ad occhio nudo e per apprezzarlo occorre valersi di un fotometro, come quello di Vernes-Bricq-Yvon (V.B.Y.).

Il pigmento non ha altro compito che di rendere la reazione più visibile ad occhio nudo, in quanto esso fa da supporto al flocculato, come pure per il colore.

Chorine ha indagato il meccanismo della reazione: risulta che l'iperflocculabilità del siero dei malarici è ascrivibile ad aumento dell'euglobulina.

In conformità alla scoperta di Chorine, dovrebbero precipitare con acqua distillata non solo i sieri di malarici, ma tutti i sieri nei quali vi è aumento di euglobulina. E così accade infatti: la reazione di Henry non è rigorosamente specifica, ma si osserva in malattie varie, in cui non v'è produzione di melanina, come il kala-azar, il tifo esantematico, certi casi di lebbra, di tripanosomiasi, di cirrosi epatica ecc.

Essa conserva il suo valore diagnostico nella malaria solo perchè, in genere, tali malattie si possono escludere quando si ricerca la malaria.

È accaduto per la reazione di Henry lo stesso fatto avveratosi per la reazione di Wassermann: anche per questa si era partiti dalla premessa di una reazione biologica, e cioè la fissazione del complemento su di un antigene specifico per mezzo di un ambocettore (reazione di Bordet e Gengou); ma poi si è dovuto riconoscere che si tratta di una semplice reazione fisico-chimica, tanto che si può fare a meno dell'antigene specifico.

In tutt'e due i casi le premesse non rispondono alla realtà, ma i risultati si sono dimostrati validi.

La storia della reazione di Henry e della reazione di Chorine è riferita ampiamente e nei dettagli in uno studio riassuntivo pubblicato da Chorine sulla *Rivista di Malariologia* (n. 6, I, 1934); ivi sono descritte nei dettagli anche le manipolazioni per la reazione da lui introdotta e che nei laboratori bene attrezzati dovrà — crediamo — sostituire quella di Henry, perchè più sensibile e più semplice. A. Pozzi.

DIVAGAZIONI

La dissimulazione delle malattie.

F. Marsella (*L'Assistenza sanitaria*, 15 ottobre 1934) ha pubblicato uno studio interessante sulla dissimulazione delle malattie con speciale riguardo all'assicurazione sulla vita.

Dopo avere definita la dissimulazione l'atto di non palesare o di celare per interesse di vario genere disturbi, infermità e difetti fisici, nota come pure essendo l'opposto della simulazione abbia con questa in comune le finalità e i metodi, l'astuzia e l'inganno. Ambedue hanno un'espressione comune, la menzogna.

In medicina con la simulazione si tende a far credere di essere malati, con la dissimulazione si tende a far credere di essere sani sempre allo scopo di trar profitto dall'inesistente stato di malattia o di salute.

La simulazione a differenza della dissimula-

zione ha un'abbondante letteratura, in relazione al fatto che la prima è stata praticata fin dagli antichi tempi.

Con il complicarsi della vita sociale e con l'istituzione e lo sviluppo di nuove forme di previdenza, sopra tutto dell'assicurazione sulla vita la dissimulazione si è fatta più frequente ed ha assunto nuovi aspetti.

Ma non è dubbio che la dissimulazione, forse ancor più della simulazione, è l'espediente più abituale della vita comune, e forse quello che rende possibile il consorzio civile.

Nella lotta per la vita fomentata dalle più svariate necessità e cupidigie si adoperano per il conseguimento dell'agognata vittoria tutti i mezzi ritenuti idonei, e tra questi il più comune, e talvolta inconsapevolmente adoperato, è la dissimulazione di tutto ciò che può rimpicciolire la personalità nella considerazione degli altri. Le probabilità di successo sono maggiori se si appare forti: da ciò la necessità di nascondere ogni carattere di debolezza o di inferiorità.

Anche uomini eminenti non hanno saputo sottrarsi a questa tendenza istintiva.

Byron celava accuratamente il piede varo-equino postumo di poliomielite mediante una scarpa ortopedica e pantaloni larghi.

Beethoven per molto tempo e fino a che non diventò del tutto sordo manifesto cercò di nascondere il suo difetto uditivo.

È ovvio che la dissimulazione trovi il suo maggiore campo di applicazione nelle cose che riguardano il sesso. Al riguardo le donne dimostrano una superiorità incontestabile. Ogni difetto, ogni imperfezione, tutto ciò che può rendere meno attraenti viene abilmente e ostinatamente nascosto o corretto con ogni sorta di espedienti. Si cerca sopra tutto di arrestare o correggere quelle che sono le fatali ingiurie del tempo e talvolta con artifici che vanno al di là dello scopo.

Quantunque in minor grado l'uomo ricorre alle medesime mistificazioni, intese a correggere eventuali difetti fisici o deficienze spirituali, ma sopra tutto ad affermare una virilità vacillante o decadente.

Il Carrara riferisce il caso di un maresciallo di Francia che per dissimulare la sua impotenza si fece condannare per violenza carnale.

La dissimulazione è molto diffusa nel vasto campo di applicazione delle leggi igienico-sanitarie.

Per evitare misure di limitazione della libertà personale con ricoveri coattivi o osservanza d'isolamento a domicilio si sogliono tener celate le malattie infettive. Ed il medico spesso si presta non facendo le prescritte denunzie. Si verifica così il fatto strano che il numero dei casi di morte per una data malattia sia superiore a quello dei casi denunziati della stessa malattia. Una tale evenienza si constata sopra tutto nei paesi, Danimarca e Australia, dove è obbligatoria la denunzia della tubercolosi.

In fatto di medicina militare è a rilevare che è più frequente la simulazione, in quanto è grande il numero di coloro che tendono a sottrarsi agli obblighi del servizio delle armi denunciando malattie o imperfezioni inesistenti, o esagerandone la portata. Ma non son neppur rari i casi di dissimulazione tentata da coloro che desiderano intraprendere la carriera militare o continuarla.

Trombetti cita il caso di un ufficiale che ai primi segni della paralisi progressiva chiese una lunga aspettativa per motivi del tutto estranei ed andò a curarsi in una clinica, dove con la malarioterapia conseguì la rimissione completa. Quindi affrontò il giudizio del Collegio medico militare ignaro della vera malattia da lui sofferta, potè rientrare nei ranghi e sostenere brillantemente gli esami per il grado superiore.

Benassi riferisce il caso di un ufficiale affetto da tabe dorsale, il quale aveva imparato a dissimulare il suo stato in modo da non farlo rilevare da parecchie commissioni mediche. Egli fra l'altro riproduceva benissimo il riflesso rotuleo, che era invece abolito.

La storia militare annovera anche dissimulazioni di sesso. Ciampolini ricorda il caso di Enrichetta Faber che si arruolò come chirurgo militare nell'armata francese facendosi ritenere uomo. Andò poi a Cuba ad esercitare la professione di medico. Là fu sempre ritenuta medico e per una serie di vicende fu costretta a prendere moglie. Ma fu denunziata e condannata a 10 anni di reclusione ed all'esilio. Dopo scontata la pena morì suora di carità a Vera Cruz.

Oggi la dissimulazione delle proprie infermità o deficienze si esercita largamente dagli aspiranti ai pubblici impieghi, dagli aspiranti all'autorizzazione a condurre autoveicoli, dai giovani che devono essere ammessi in collegi.

A parte tutti questi motivi che possono indurre alla dissimulazione di ogni specie di malanno, vi sono malattie che più delle altre sono tenute nascoste all'infuori di ogni ragione contingente. Tali sono le malattie venereo-sifilitiche, le neuropsicopatie, la tubercolosi.

È noto l'antico adagio: « omnis syphiliticus mendax ».

La sifilide per un lungo periodo di tempo ha avuto un carattere infamante e degradante, perchè era la malattia delle prostitute e si contraeva avendo commercio con esse.

La malattia, d'altra parte, conserva un lungo periodo di contagiosità, ed è trasmissibile alla prole: il denunziarla, quindi, è ritenuto dannoso perchè rende l'uomo « evitando » sopra tutto nei rapporti sessuali, e indesiderabile per il matrimonio.

Strümpell al riguardo scrive: « Reca mera-

viglia come non solo gli infermi appartenenti alle basse classi sociali, ma anche quelli dotati di cultura, cerchino con tanta frequenza, e spesso a loro danno, di trarre in inganno il medico, nel quale dovrebbero avere fiducia sotto tutti gli aspetti ».

Tutti i malati di mente, specie in un certo periodo della malattia, cercano di dissimulare i proprî disturbi. Sopra tutto i paranoici, nella fase iniziale, quando il delirio non è ancora tale da annullare ogni potere di autocritica, cercano di nascondere le loro idee deliranti. In tale periodo anche i più esperti psichiatri riescono con difficoltà a superare la barriera della dissimulazione, ed a scovare il nucleo paranoicale.

Coloro che hanno sofferto psicopatie nascondono con molta accortezza e tenacia questo loro precedente. Si dichiara con franchezza di aver sofferto l'appendicite, l'ulcera duodenale, il tifo e altre malattie, ma nessuno denunzierà di avere sofferto uno stato confusionale o un accesso maniacale.

A differenza dell'isterico, che è teatrale, esibisce, anzi crea o esagera le sue sofferenze, l'epilettico cerca di nascondere il proprio male. L'epilessia è ritenuta uno dei peggiori mali, forse per l'improvvisità degli accessi convulsivi accompagnati da incoscienza, o forse perchè rende l'individuo fortemente minorato in relazione al fatto che egli non può considerarsi costantemente padrone di sè stesso.

Nei tempi moderni la dissimulazione delle malattie ha avuto il suo maggiore sviluppo sopratutto nel campo delle assicurazioni sulla vita.

Fessinger ha scritto: « Les simulateurs des maladies sont legions; les simulateurs de santé ne cherchent a tromper le médecin qu'à l'occasion de la signature d'un contrat d'assurance ».

Naturalmente si nascondono quelle malattie i cui dati semeiologici possono sfuggire all'esame fisico quando non concorrono gli elementi subiettivi o anemnestici forniti dal paziente, come ad esempio l'ulcera e il cancro dello stomaco nella fase non avanzata. Oppure si fanno temporaneamente scomparire i segni più significativi di stati morbosi: il diabetico farà scomparire il glucosio dalle urine con un regime dietetico rigoroso e con la cura insulinica; il nefritico farà scomparire l'albumina dalle urine, con qualche giorno di riposo e di dieta lattea; il sifilitico renderà negativa nel sangue la reazione di Wassermann con un'intensa cura antiluetica.

Da ciò emerge l'importanza e la delicatezza del compito affidato ai medici degli istituti assicuratori. Essi pur con la maggiore discrezione, devono mettere in pratica tutti quegli accorgimenti necessari ad accertare il vero stato di salute degli assicurandi ed a frustrare i tentativi di dissimulazione. DR.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

CLÉMENT SIMON. *Nouvelles lettres à un médecin praticien sur la Dermatologie et la Vénéréologie*, Paris, Masson et C.ie, éditeurs, 1935, pp. 224. Fr. 35.

L'A., che durante l'ultima guerra era a capo di un centro di dermatovenereologia, ebbe alle sue dipendenze un giovane medico di campagna, non eccessivamente versato nella specialità, ma desideroso tuttavia di fare del suo meglio per adempiere all'incarico affidatogli. Le amichevoli conversazioni con cui il nostro A. cercava di rispondere alle numerose questioni che gli poneva il giovane assistente, si continuarono poi, a guerra finita, in una serie di lettere di cui le prime trenta furono già pubblicate nel 1930 con lusinghiere accoglienze da parte dei lettori e della critica. Segue ora questo secondo volume, con ventinove lettere sui più diversi argomenti di dermatologia e venereologia trattati con fini essenzialmente pratici ma al lume dei più moderni criterii e delle più recenti acquisizioni scientifiche.

La forma epistolare, che, insieme con quella dialogata, fu già cara a scienziati di altri tempi, serve all'A. per dare ai suoi scritti snellezza di stile e chiarezza di esposizione, cui aggiunge sapore ed interesse il tono a volte argutamente polemico, a volte garbatamente ironico con il quale egli, forte di una lunga esperienza clinica e di una solida preparazione scientifica, discute e ribatte opinioni e teorie non del tutto conformi alle sue.

L'enumerare gli argomenti di tutte le lettere ci porterebbe troppo per le lunghe; ci limitiamo perciò a ricordarne qualcuno, come la storia di Natacha, fanciulla russa patomimica; la foto-fitodermite o dei rischi per la pelle umida dei bagni di sole sui prati (ov'è opportunamente ricordato un lavoro del nostro De Napoli a proposito di questa dermatite bollosa pratense di Oppenheim e consecutiva pigmentazione); sull'« athletic foot » o epidermofizia del piede nelle persone dedite a giuochi sportivi a piedi nudi; su di un caso di dermite-artificiale da guanti neri; sulle stigmati cutanee dei mistici (che danno l'occasione all'A., di esporre un suo nuovo punto di vista su queste eruzioni che molti credono più o meno consciamente simulate); sull'orticaria; sulla trasmissibilità all'uomo della scabbia del cane e del gatto; sulle medicazioni generali in dermatologia (metodi profilattici, antinfettivi, disensibilizzanti, metodi diretti a modificare le funzioni endocrine, viscerali e nervose); sull'intolleranza e idiosincrasia; sull'ulcera rotonda semplice della vagina o malattia di Zahn; sulla durata del trattamento della sifilide; sulla sifilide traumatica; sull'azoospermia con integrità dei carat-

teri sessuali secondari (sindrome endocrina di probabile origine eredo-luetica); su di una cervico-vaginite emorragica ed ulcero-membranosa nel corso di un trattamento bismutico, ecc.

L'ultima lettera, la quale non ha nulla a che vedere con la dermatologia e la venereologia, è ispirata dalla lettura del « de Senectute » di Cicerone e di un recente libro di V. Pauchet: « l'automne de la vie » ed è un gustoso confronto fra le due concezioni, quella del filosofo antico e quella dello scienziato moderno. Nulla di strano, nota lo stesso A., che un dermatologo s'interessi ai problemi, corporali e morali, che ispira l'autunno della vita. Non per nulla egli non trova disdicevole citare nelle sue lettere anche Machiavelli ed ha messo come epigrafe al 1° volume i versi italiani

... mi gioverà narrar altrui
le novità vedute e dir: io fui.

che ricordano il dantesco

Quando ti gioverà dicere: I' fui.

ed il vergiliano

« ... forsan et haec olim meminisse iuvabit ».

Lo spirito umanistico che anima questo epistolario scientifico è probabilmente il filo che tiene uniti fra di loro i disparati argomenti presi a studiare, e consente all'A. di non limitarsi alla gretta analisi di singoli casi clinici osservati ma di elevarsi a considerazioni d'indole generale per discutere ed esaminare con ampiezza di vedute, se pure talvolta con prudenti riserve, le teorie che dominano ora nel campo dermatologico ed i numerosi problemi che ne derivano.

Segnaliamo perciò volentieri questa raccolta di lettere, la cui utilità, anche per i provetti dermatologi, è accresciuta dallo stile piano, lucido ed attraente in cui sono redatte.

V. MONTESANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

ODORICO VIANA. *Manuale di Ostetricia per le Levatrici e le allieve levatrici.* In due Volumi, Seconda edizione. Roma, Casa Editrice L. Pozzi. Prezzo L. 96.

Il senatore prof. Pestalozza, il tanto compianto Maestro, dettò la prefazione alla prima edizione di questo Manuale. Il successore del Pestalozza alla Clinica di Roma, il prof. Gaifami, ha scritto una premessa all'attuale seconda edizione.

Il Manuale del Viana, testè pubblicato, merita veramente ogni più lusinghiero giudizio, ed io penso, dovrebbe esser preferito da tutte le allieve-levatrici, che studiano, non solo per gli esami, ma anche per ottenere un perfetto esercizio professionale, e per dare con esso la più completa assistenza materna.

Perchè? Perchè l'opera del Viana è aggiornata per tutte le nozioni di fisiologia della gravidanza e del parto normali e per le cognizioni ultime di Patologia ostetrica.

Il Manuale è ricco di notizie per l'assistenza al neonato, per l'allattamento, per il regime dietetico della madre e della nutrice allattanti.

Ottimo il capitolo dedicato all'eugenica, che si legge con piacere; così quello che fa vedere il grande valore della campagna demografica e delle leggi sociali e sanitarie, per la Maternità.

Sono aggiornate anche le notizie sul Regolamento per l'esercizio ostetrico delle levatrici, quello che, con il prof. Pestalozza, io ebbi l'onore di preparare per incarico della Direzione generale di Sanità Pubblica; Regolamento ora compreso nelle Leggi dello Stato.

Non vi manca notizia delle Leggi Sindacali Fasciste, e dei corrispondenti doveri sindacali delle levatrici.

Basta questo sommario ricordo dei capitoli più importanti del Manuale del Viana, per pensare che esso dovrebbe essere sul tavolo, non solo delle levatrici, ma anche su quello del medico condotto, che vi troverebbe notizie preziose di profilassi e di assistenza materna propriamente detta, tanto necessarie per la vera protezione della Maternità, nelle zone lontane dalle Città più grandi.

In qualche trattato di Ostetricia per medici, anche ricco di insegnamenti clinici, forse non si troverebbero notizie così estese di puericoltura, di eugenica e di legislazione sanitaria per la Maternità, come nel libro del Viana.

Io sono contento di aver letto questo bel Manuale e di averlo nella mia biblioteca.

CESARE MICHELI.

J. HERMODSSON. *Roentgenologische studien über die traumatischen und habituellen Schultergelenkverrenkungen nach vorn und nach unten.* Acta radiologica. Suppl. XX. Stoccolma, 1934.

Il volume esce come supplemento XX degli Acta radiologica e raccoglie in una estesa monografia gli studi che l'A. ha eseguito in casi di lussazione recente e inveterata della spalla valendosi di una proiezione obliqua particolare che gli ha permesso di mettere in evidenza lesioni ossee responsabili della recidiva. Lo studio non si limita al solo campo radiologico ma prende in visione la clinica e stabilisce punti precisi per la terapia

Figure molto dimostrative illustrano particolarmente la frattura del tubercolo maggiore dando risalto alla frequente concomitanza di essa nella lussazione.

VALDONI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

B. FISCHER-WASELS. *Wege zur verhütung der Entstehung und ausbreitung der Krebskrankheit.* Edit., G. Spinger, Berlino, 1934.

In questa breve monografia l'A. richiama le sue idee sulla genesi e l'essenza del cancro e in base a queste fa una serie di proposte per prevenire l'affezione sia dal punto di vista della predisposizione individuale e locale che dell'importanza dell'alimentazione.

Fa una disamina dei vari tipi di terapie proposte, in modo particolare della organo terapia.

VALDONI.

G. PORTMANN. *Nouvelles consultations oto-rhino-laryngologiques du praticien.* Vol. in-16°, di pagg. 364, con 30 fig.; 2ª ediz. G. Doin, Paris, 1934. Fr. 35.

La 2ª edizione che appare ora è stata profondamente rimaneggiata perchè potesse rispondere alle necessità della terapia moderna; la prima parte in particolare comprende la cura di ogni affezione più comune della specialità; la terapia di ordine generale (tonica, rivulsiva, vaccinoterapia, climatica, termale, ecc.) e la tecnica dei diversi metodi terapeutici costituiscono rispettivamente la seconda e la terza parte in cui il volume è diviso.

L'indirizzo del tutto pratico impresso dall'A. e raggiunto con un'esposizione chiara e sistematica rendono il volume veramente utile per il medico pratico, che si trova quotidianamente a contatto con problemi che riguardano la specialità.

M. SILVAGNI.

LAUWERS E. E. *Introduction à la chirurgie réparatrice.* Vol. di 77 pagg. con pref. di OMBREDANNE. Masson, ed. Fr. 18.

L'A. espone in una sintesi brillante i problemi e l'indirizzo odierno della chirurgia plastica; senza entrare nei dettagli ricorda la tecnica dei trapianti di tessuti, quindi le principali operazioni plastiche che possono trovare indicazioni nei vari organi o apparati. Chiudono il volume alcuni cenni sui trapianti di organi.

Il libro costituisce un'ottima guida per chi cerchi delle idee generali ed aggiornate su questo interessante campo della moderna chirurgia.

E. V.

G. HOHMANN. *Fuss und Bein (ihre Erkrankungen und deren Behandlung).* Volume di pagg. 380, con 326 figure. Edit., Bergmann, Monaco, 1934. R. M. 24.

Il libro dell'A., direttore della Clinica Ortopedica di Francoforte è alla sua seconda edizione, molto ampliata rispetto alla prima e con capitoli completamente nuovi come quelli delle artrosi e artritidi, delle lesioni da sport, ecc.

Il grosso volume si occupa esclusivamente delle affezioni di competenza ortopedica (esclusa la traumatologia) del piede e della gamba, ogni capitolo è riccamente illustrato e completato da una bibliografia abbondante e redatto molto in esteso in modo da darci un libro di consultazione che mette il lettore in condizione di conoscere quanto è stato scritto sull'intervento.

Ottima la veste tipografica.

VALDONI.

S. DIEZ. *Giurisprudenza medico-legale nelle controversie da infortuni sul lavoro.* Società Palermitana Editrice Medica. Milano (Ruggero di Lauria, 5). Prezzo L. 28.

È la raccolta delle sentenze estese dal Diez in seno alla Commissione Arbitrale Centrale per gli infortuni in Agricoltura.

Ogni sentenza rappresenta la soluzione di un problema, l'affermazione di un principio.

I pareri sono elaborati con profondo senso giuridico, con una logica severa, con una chiarezza cristallina.

Molti dei principî contenuti nelle dette sentenze sono stati accolti ed adottati dall'autorità giudiziaria ordinaria per la definizione di controversie risultanti da infortuni industriali.

La pubblicazione è interessante non solo per la parte conclusiva, ma anche per le considerazioni mediche e giuridiche che attestano ancora una volta la vasta e profonda competenza dell'A. in materia di medicina-legale infortunistica.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Il Congresso della Società Radio-Neuro-Chirurgica Italiana.

(Milano, 30-31 ottobre 1934).

Il Congresso si è inaugurato solennemente nell'Aula Magna dell'Università alla presenza del Duca di Bergamo e di tutte le Autorità cittadine, con l'intervento di oltre 200 medici, convenuti da tutte le regioni d'Italia e di alcuni scienziati stranieri.

I Congressisti passarono quindi nella Sede della R. Clinica Chirurgica per l'inizio dei lavori scientifici.

Presero anzitutto la parola i relatori proff. BOSCHI, BERTOLOTTI e BASTIANELLI, rispettivamente per la parte neurologica, radiografica e chirurgica.

Criteri di indagine nelle affezioni del nevrasse.

Relatore per la parte neurologica: prof. GAETANO BOSCHI.

Divide la materia in quattro parti:

1) *Esame diretto dell'ammalato.*

Il R. accenna ad un certo numero dei moltissimi segni, evitando la maggior parte di quelli che non hanno ancora la sanzione di una vagliata esperienza. Accenna a modalità tecniche, le quali possono rendere significativi segni antichi in casi in cui altrimenti non risponderebbero (riflessi addominali, patellare, riflesso dell'alluce). E dalla

disamina complessiva osserva come sia, d'uopo disporre di molte tecniche per il singolo segno e di molti segni in complesso, perchè nel singolo caso può rendere maggior servizio qualcuno di quelli, che non sogliono andare per le maggiori.

L'ipertensione, se non sia di spiccatissimo grado, è più o meno innocua; e quei disturbi che meglio sarebbe chiamare « disturbi generici », tanto possono accompagnare affezioni svariate del nevrasse, sono per lo più di origine tossica o riflessa.

Sicchè la cifra della pressione, rilevata però nella posizione di decubito del paziente, vale a indicare, fino ad un certo punto, per quanto sarà detto poi, il regime tensionale dell'individuo; mentre non vale ad attestare condizioni patologiche, se non quando la cifra raggiunga limiti molto elevati. Al di sotto di questi vi può essere pure un certo grado di ipertensione, come conseguenza di condizioni patologiche, ma l'interpretazione di natura patologica non può scaturire dalla cifra pura e semplice, sopratutto perchè vi è possibilità di grandi variazioni normali, tra individuo e individuo.

Molto più significativi sono i dati desunti dalle misurazioni molteplici in rapporto con circostanze varie, quali la posizione del corpo del malato e la avvenuta sottrazione del l. c. r. Il R. esemplifica con una formula che premette di leggere in cifre il modo di essere della circolazione e in date circostanze.

Altra idea piuttosto semplicista, da rimuovere, il R. ritiene sia quella riferentesi a circolazione e fisiologia del l. c. r.

Oggi possediamo una dottrina italiana in proposito: la maggior parte dell'l. c. r. è prodotta dai plessi coridei ma singolarmente importante è la parte ce viene prodotta da tutta la compaggine del nevrasse, cui corrisponde una funzione di drenaggio dei prodotti tossinigi ed infinitesimali del ricambio nervoso.

In armonia con queste l'O. ha potuto escogitare una cura, sia per la sclerosi a placche, sia per la sclerosi laterale amiotrofica, paralisi labioglosso-laringea, grazie alla quale potè ottenere la guarigione nei primi due soggetti trattati, che l'O. presenta, e crede che siano i primi noti nella letteratura medica.

In base a queste vedute, l'ipertensione cronica endocranica nei tumori endocranici, se può pensarsi derivi da una reazione riflessa dei plessi per sopperire a speciali bisogni di mezzo liquido onde attutire le azioni compressive indirette del tumore, è da concepirsi sopratutto come espressione di attivato drenaggio per la espulsione delle tossine tumorali della compagine del nevrasse.

L'O. richiama quindi e commenta i vari dati di laboratorio e la loro significazione diagnostica.

Analizzato il complesso dei fatti fisio-patologici, per cui può essere gravemente complicata la diagnostica dei tumori, causa la simulazione e la dissimulazione dei fatti di focolaio, l'O. passa brevemente in rassegna le principali sindromi, che sogliono ritenersi più caratteristiche dei vari focolai e considera il problema della modalità dei sintomi equivoci in rapporto col focolaio leso direttamente.

Conclude, esprimendo il parere che in singoli casi di sussidi radiologici diversi sieno indispensabili per la diagnosi; in altri valgono ad anticiparne la possibilità; in altri ancora valgono a confortare la coscienza diagnostica. Ma nella maggior parte dei casi, prima di sottoporre il soggetto all'esame radiologico, il neurologico può e deve avere risolto il problema diagnostico con i suoi mezzi. Può e deve, perchè il ricorso troppo rapido ai pezzi sussidiari, radiologici semplici ovvero a loro volta sussidiati con mezzi di contrasto, rischia di distoglierlo dall'approfondire la natura del caso, che sola può indirizzare ad un trattamento profondo, radicale e globale.

Relatore per la parte radiologica: prof. M. BERTOLOTTI.

La prima parte della relazione è dedicata alla anatomia e fisiologia del sistema ventricolare e degli spazi subaracnoidei, secondo il concetto classico, che rimane ancora oggi alla base dei nostri studi, perchè il DANDY potè dimostrare con i suoi esperimenti sull'idrocefalo interno che, quando esiste una ostruzione lungo la via della circolazione del liquor, la parte del sistema a monte dell'ostacolo va incontro ad una dilatazione. Questa osservazione fondamentale ha condotto DANDY alla scoperta dei due metodi di insufficienza gazosa, l'encefalografia spinale e la ventricolografia diretta.

La seconda parte è rivolta allo studio dell'encefalografia gassosa spinale, ed il R. in primo luogo si preoccupa di fissare il quadro encefalografico normale, secondo i dati acquisiti dopo gli studi PENDE-GRAY. Per quanto riguarda la tecnica, il R. ritiene che l'encefalografia debba essere sempre totalitaria.

Ricorda poi le modalità tecniche dell'indagine radiografica, facendo notare la necessità di ripetere le radiografie ad intervalli, nelle prime 24 ore e l'utilità dell'esame stereoscopico.

Passando alle indicazioni cliniche dell'encefalografia, il R. fa risaltare in particolar modo l'utilità della ricerca degli esiti di traumi cranio-encefalici, illustrando alcuni casi che presentavano il fenomeno del ventricolo migratorio e discutendo il meccanismo ed il significato di questa alterazione.

Per quanto riguarda i tumori e sopratutto quando esistano i sintomi clinici di una ipertensione, il R. è d'avviso sia più conveniente ricorrere alla puntura diretta dei ventricoli. Accetta però l'opinione di BESTA, che in tutti i casi di epilessia jacksoniana, l'encefalografia sia ancora l'unico mezzo per arrivare ad una diagnosi precoce di tumore cerebrale. Inoltre l'encefalografia costituisce un prezioso metodo di ricerca nello studio dell'epilessia essenziale.

Nella terza parte il R. si occupa della pneumoventricolografia diretta, ricordando fra i metodi quello recente proposto dal DOGLIOTTI. Si sofferma a studiare la visualizzazione del terzo ventricolo, ottenuta con una proiezione speciale a testa arrovesciata, insistendo sull'importanza di un esatto rilievo delle condizioni del terzo ventricolo. Accenna al rendimento che può dare la ventricolografia diretta con sostanze opache (lipiodol, torothrast) secondo il metodo della scuola americana di JOSÈ ARCE, ma ritiene non ancora dimostrata la sua innocuità per il paziente.

Le conclusioni del R. sono che l'esperienza progressiva dimostra come la sintomatologia neurologica focale dei tumori cerebrali sia insufficiente a stabilire una diagnosi topografica esatta, data la fre-

quenza di certi tumori a natura infiltrante non distruttiva, il loro lento sviluppo e le turbe circolatorie prodotte a distanza del neoplasma.

Si comprenderà allora quale sia il valore semeiologico dei dati forniti da una ventricolografia eseguita con tecnica corretta.

Relatore per la parte chirurgica: prof. RAFFAELE BASTIANELLI.

Nelle affezioni nel nevrasse grande interesse ha l'esame del liquor, che si può estrarre con la puntura lombare o della cisterna, rilevando così le condizioni di pressione a vari livelli (ciò che permette di sapere se il sistema è pervio o chiuso) e le condizioni fisiche e chimiche ai diversi livelli. Ma, la sola puntura ventricolare con la visualizzazione dei ventricoli, permette di conoscere veramente le condizioni del cervelletto.

Dei ventricoli si può raggiungere il corno frontale, facendo la trapanazione a livello del bregma, oppure usando la via orbitale descritta dal DOGLIOTTI.

Quando si parla di puntura del corno occipitale, generalmente non si intende raggiungere il corno occipitale, che spesso è sottile ed impiccolito, ma il vestibolo, cioè quella parte del ventricolo laterale, che dalla parte centrale passa nella posteriore. La trapanazione del cranio a questo scopo può essere fatta secondo DANDY e secondo KOCHER. Altre tecniche ed altre sedi sono suggerite da diversi autori e possono essere utili quando non si riesca a raggiungere il ventricolo per le vie usuali. Generalmente il R. preferisce la via occipitale secondo DANDY. Per studiare esattamente le condizioni dei ventricoli, conviene fare una puntura bilaterale in punti esattamente simmetrici, con uguale inclinazione dell'ago dai due lati.

Per la puntura occipitale il R. consiglia la posizione prona, per quanto altri autori consiglino posizioni diverse.

Nei pazienti in istato di coma, in cui l'esame neurologico non può valere a nulla e la pneumografia è troppo pericolosa, può essere di grande utilità la stima ventricolare, normale o abnorme. La capacità ventricolare media è di cc. 25, estratti con l'aspirazione. L'intercomunicazione ventricolare si mette in evidenza iniettando, in uno dei due ventricoli cc. 2 di indacocarminio e cercando se fuoriesce liquido colorato dall'altro; si potrà anche raccogliere il liquor dalla cisterna magna e dallo spazio sottoaracnoideo lombare, per riconoscere se l'idrocefalo è ostruttivo. Uguale prova si può fare con la fenolsulfonftaleina o con ioduro di sodio.

Per eseguire la ventricolografia, si estrae una certa quantità di liquor, sostituendola lentamente con aria.

L'iniezione di aria produce irritazione dell'ependima e quindi ipertensione di liquor ed aumento della pressione intraventricolare. Perciò si ha cefalea, nausea, vomito, aumento della temperatura di 1-2°; si possono avere disturbi convulsivi e visivi; uno stato soporoso deve mettere in allarme. L'iniezione di aria è pericolosa in presenza di tumori con iperpressione e grave idrocefalo.

La ventricolografia può mettere in evidenza tumori allo stato iniziale o comunque non diagnosticabili neurologicamente e può rilevare infezioni (lues), lesioni per disturbi circolatori, traumi distruttivi od embolie, che hanno per conseguenza un'atrofia di tessuto cerebrale. Ma perchè la ventricolografia sia dimostrativa occorre che vi sia inceppo nel deflusso del liquido cerebro-spinale o deformazione ventricolare, altrimenti il reperto non è probativo.

Con la ventricolografia la possibilità di diagnosi si è elevata al 70-90 % dei casi di tumore e con essa, naturalmente, la possibilità di terapia. Infatti la ventricolografia può indicare il lato in cui risiede la lesione, permette di seguire l'evoluzione del male e ci può indicare la via migliore per l'intervento chirurgico.

Prof. TH. DE MARTEL (Parigi). — *Diagnosi radiologica dei tumori cerebrali.* — L'O. insiste sulla difficoltà di diagnosticare e di localizzare un tumore cerebrale. Egli fa rilevare che, oltre ai casi che si accompagnano ai segni classici di una ipertensione endocranica, ve ne sono molti altri nei quali non si può supporre l'esistenza di un tumore. Egli insiste sull'incostanza dei segni neurologici per la localizzazione dei tumori e conclude che in quasi tutti i casi è meglio praticare immediatamente una ventricolografia che mette in evidenza il tumore, il volume e la sede di esso.

Prof. J. A. BARRÉ (Strasburgo). — *Posizione attuale del neurologo di fronte alla questione dei tumori cerebrali.* — L'O. considera ipertensione vera del l. c. r. quella che supera i cc. 50 d'acqua nella posizione supina. Egli insiste sul fatto che la ipertensione non è necessariamente sintoma di tumore cerebrale, come pure può mancare in caso di tumore documentato. L'ipertensione cerebrale può coesistere con stasi papillare, l'una o l'altra possono anche esistere indipendentemente. Queste forme parziali d'ipertensione sono spiegabili con la sede del tumore che interrompe determinate comunicazioni, o possono sussistere senza ragione apprezzabile, come fenomeni assolutamente paradossali. Ad ogni modo la prevalenza dell'uno o dell'altro elemento dell'ipertensione cerebrale è un utile lato diagnostico per la localizzazione della lesione.

Sicuramente localizzabili sono i tumori che interessano le regioni sensoriali, e specialmente le vie ottiche. Interessanti sono anche le sindromi dovute alle vie vestibolari, che permettono talora una localizzazione abbastanza precisa. Meno studiata è ancora la sindrome cocleare; per la quale bisognerà creare tutta una semeiotica particolare.

Nelle sindromi piramidali, l'O. mette in evidenza la frequenza della sindrome di deficit, spesso difficile da ricercare, e della quale la manovra della gamba da lui descritta è un segno fedele.

La sindrome extra-piramidale ha nei tumori cerebrali una fisionomia caratteristica, non simile a quella della malattia di Parkinson.

Manifestazioni cliniche curiose sono dovute alla sindrome di squilibrio dovuta ad alterazioni bilaterali delle vie vestibolo-spinali. L'O. ha isolato il segno della disarmonia vestibolare, che mette in evidenza il coefficiente cerebellare, anche in assenza di altri segni caratteristici, mentre la reazione di caduta non ha il valore che le viene attribuito.

Riguardo alle crisi motrici, l'O. pensa, che oltre a quelle note, ce ne siano molte altre di importanza diagnostica notevole, non ancora sufficientemente studiate.

L'O. dimostra con quale passività silenziosa il

cervello sopporta anche enormi compressioni, se si stabiliscono a poco a poco, mentre risponde nettamente ad una compressione anche piccola ma repentina.

Prof. F. MASCARPA (Milano). — *Encefalografia del III e IV ventricolo. Mezzi di contrasto opaco per la ventricolografia.* — L'O. comunica i rilievi più interessanti avuti nell'encefalografia dell'Istituto Nevrologico V. E. III di Milano, comprendente quasi 3000 encefalografie. Parla infine dell'uso delle sostanze opache nella ventricolografia, dichiarando che attualmente si può ricorrere solo alla introduzione di lipiodol, con la tecnica di Arce.

Prof. C. BESTA (Milano). — *Nuovi dati sull'importanza della esplorazione encefalo e ventricolografica per la diagnosi dei processi patologici cerebrali.* — L'O., in base ad un'esperienza decennale di encefalo e ventricolografia dimostra l'importanza fondamentale che tale mezzo di esplorazione ha assunto per la diagnosi precoce dei tumori cerebrali, mettendoli in evidenza in numerosi casi, nei quali la diagnosi, basata sugli elementi clinici puri avrebbe fatto pensare ad altra malattia e non al tumore. Soprattutto l'epilessia tardiva è frequentissimamente l'espressione di un tumore iniziale.

L'O. illustra poi l'importanza dell'encefalografia, anche nelle forme traumatiche recenti ed antiche nell'epilessia comune, nell'idrocefalo cronico. In modo particolare prospetta il problema delle forme neuro psichiche infantili.

Prof. G. G. PALMIERI (Bologna). — *Significato e meccanismo genetico delle impronte digitate visibili con la craniografia.* — L'impiego dei mezzi di contrasto in neurologia non deve far dimenticare la comune craniografia, ma questa non dà per lo più che segni indiretti, i quali richiedono una più prudente interpretazione, che non i segni diretti raccolti con la pneumografia.

Tra questi segni craniografici più comunemente sfruttati vi è quello dell'aumento delle pressioni digitate, che, secondo le nozioni classiche fa parte della sindrome dell'ipertensione endocranica. Ma il nesso genetico tra questa condizione fisio-patologica ed il reperto radiografico non è così immediato, come a tutta prima può sembrare. Per questo sembra possibile che il medesimo effetto, traducibile nel predetto segno radiografico, possa riconoscere una causa prima diversa.

Già LUCHERINI dimostrò un caso famigliare di distrofia adiposo-genitale con reperto craniografico di aumento delle impressioni digitate, ma con pressione del liquor normale o subnormale; ed avanzò l'ipotesi di un legame con l'azione trofica compromessa dei nuclei diencefalici, che si ha in forme più gravi di distrofia ossea, qual'è la M. Hand-Christian Schueller, il che fu controbattuto poco appresso da Nuvoli.

Un caso analogo a quello di LUCHERINI viene ora riferito, con sindrome adiposa (non ancora può dirsi genitale, dato che si tratta di una bambina di 10 anni) e con reperto di aumento delle impressioni digitate della volta, sella turcica piccola e nessun altro segno bacillare, con assenza di ogni altro segno di aumentata pressione endocranica. Ciò costituisce un richiamo alla necessità di non accettare senza opportuna critica la spiegazione corrente di un segno, come quello dell'aumento delle impressioni digitate, il quale non è ancora chiarito nel suo vero meccanismo genetico.

Dott. C. SOLOM (Trieste). — *Considerazioni sul metodo di reperage ventricolare ideato dal prof. Laruelle.* — L'intervento provoca sempre un brusco aumento della pressione del liquor perciò è controindicato nei casi che presentano aumentata pressione intracranica. Il reperage non è da preferirsi all'encefalografia. I pazienti presentano con frequenza disturbi secondari più o meno gravi. Le immagini che il metodo fornisce sullo studio anatomico del contenuto cerebrale non sono di facile lettura e perfettamente attendibili.

Prof. SAI (Trieste). — *Angiografia e pneumografia dell'encefalo.* — L'O. ha praticato in collaborazione col radiologo prof. PINCHERLE ed il chirurgo prof. VALMARIN una ventina di arteriografie cerebrali.

L'arteriografia cerebrale non presenta difficoltà tecniche, pur essendo di esecuzione più delicata della pneumografia. Essa dà in vari casi immagini eloquentissime, mettendo in evidenza tumori, nonchè anomalie ed alterazioni vasali. Ha l'inestimabile vantaggio rispetto alla ventricolografia di non ledere il cervello e di non turbare la pressione endocranica.

Di fronte a questi vantaggi però ci sono degli inconvenienti: l'interpretazione delle arteriografie è spesso difficile ed incerta. Arteriografie apparentemente normali possono accompagnarsi a lievi spostamenti o ingrandimenti ventricolari, che la pneumografia rende bene visibili. Un inconveniente è dato anche dalle cicatrici residuali al collo, mentre la ventricolografia non lascia tracce visibili, ma richiede la rasatura del capo.

Quindi nei casi senza aumento della pressione endocranica (epilessia) ed in cui non preme di mettere in evidenza le condizioni vasali, l'encefalografia alla Bingel avrà, per la semplicità di esecuzione ed il rendimento diagnostico; l'assoluta precedenza sull'arteriografia.

Prof. C. CLIVIO (Milano). — *Il liquor nei tumori cerebrali.* — Riassumendo brevemente il reperto liquorale di oltre 300 casi di tumore cerebrale, constata come questo vada da una negatività assoluta ad una positività intensa, con notevole leucocitosi e talora anche numerose cellule tumorali. Il più spesso si ha dissociazione albumino-citologica. Importante è sempre il reperto liquorale.

Prof. C. CLIVIO (Milano). — *Su un caso di cisti della tasca di Ratke. Reperto ventricolografico.* — L'O. presenta i radiogrammi riferentisi ad un caso di cisti della tasca di Ratke che non mettono in evidenza il 3° ventricolo. Un solo radiogramma, in posizione di Wacomer dimostra l'esistenza di una raccolta d'aria alla base ed interventricolare. L'autopsia ha dimostrato l'identità della forma con la cisti.

Anche il liquor ventricolare in questo caso era negativo.

Finite le comunicazioni sul tema di relazione, ha inizio la *Discussione*.

Sul tema di relazione prende la parola il prof. DELISI, il quale sottolinea l'importanza della semeiotica neurologica, e specialmente dei fenomeni di posizione, come la cosiddetta Grunversuch, la reazione di appoggio ed i fenomeni di rotazione.

Il prof. KOHLER di Ginevra riferisce sull'applicazione della terapia con onde corte ad alta frequenza in casi di iperpressione ventricolare, non foss'altro come trattamento preoperatorio.

Il prof. DONAGGIO di Modena ricorda l'importanza del segno del Boveri e dell'antagonismo tra i riflessi tendinei e cutanei. Inoltre afferma la possibilità che lesioni del lobo frontale determinino sindromi extrapiramidali. Si sofferma quindi a discutere il valore della reazione da lui descritta.

Prende poi la parola il prof. MEDEA di Milano, il quale sconsiglia l'applicazione della ventricolografia in ammalati con ipertensione notevole, e ricorda l'importanza dell'esame del liquor per la diagnosi differenziale tra meningite e tumore cerebrale.

Il prof. BESTA, pur riconoscendo l'alto valore dei segni neurologici riconferma il suo punto di vista dell'importanza fondamentale, che l'encefalografia ha per la diagnosi precoce dei tumori e di altre lesioni encefaliche.

Il prof. BARRÈ insiste sulla difficoltà dell'interpretazione dei segni clinici, la cui genesi in gran parte è tutt'ora oscura, e sulle scarse conoscenze, che finora possediamo sui fasci extrapiramidali.

La discussione è riassunta dal presidente prof. DONATI, il quale, come chirurgo, sottolinea l'importanza di tutti i mezzi clinici e radiologici, che possono permettere una diagnosi precoce, la sola che abbia importanza pratica, rendendo possibile l'intervento tempestivo.

Tenendo conto di possibili errori di localizzazione, il chirurgo deve fare una craniotomia ampia. Il prof. DONATI si sofferma ancora sull'epplicazione della ventricolografia nei traumi recenti, applicazione per la quale non nutre eccessiva fiducia, dato lo stato di shock dei pazienti.

Rispondendo, il relatore prof. BERTOLOTTI si dichiara d'accordo col prof. AYALA nell'ammettere un fenomeno attivo e non soltanto passivo nel ventricolo migrante, ed osserva al prof. PALMIERI che le impressioni digitate non sono indizio di iperpressione attuale, possono essere segno di un'iperpressione ora scomparsa. Il prof. BOSCHI ammette l'importanza di tutti i sintomi neurologici ricordati dai vari autori e da lui già citati per esteso nella relazione scritta, ma crede che grande importanza debba essere attribuita al fattore personale. Insiste sul fatto, già messo in evidenza nella sua relazione della produzione del liquido cefalorachidiano in tutta la compagine del nevrasse, ipotesi confermata da Badouin e Schaeffer del *Paris Médical*.

Il prof. BASTIANELLI pur riconoscendo l'importanza dell'esame neurologico del paziente insiste sulla necessità di procedere sempre all'esame radiologico e sull'utilità di una stretta collaborazione di neurologi, radiologi e chirurghi.

Riprendono quindi le comunicazioni su argomento vario:

Prof. GIULIANI (Genova). — *Cura chirurgica della paralisi del radiale.* — In caso di lesioni del nervo radiale al terzo medio dell'omero, essendo impossibile la neurorafia, perchè i due monconi erano immersi in una cospicua quantità di tessuto fibroso, l'A. procedette al trapianto, col concetto di indebolire il gruppo flessorio della mano e di utilizzare questi tendini al ripistino funzionale dei tendini estensori delle dita paralizzate. Il risultato funzionale è buono, essendosi ottenuta l'estensione delle dita, l'opponenza del pollice ed un modico movimento di estensione della mano.

Dott. A. ALEXANDER (Vienna). *Cicatrizzazione cerebrale post-operativa.* — L'O. presenta disegni schematici e microfotografie di un caso operato nel 1920 di tumore nel giro centrale anteriore. Una seconda operazione per aderenza della dura madre nel 1926. Il paziente non lamenta più alcun disturbo cerebrale fino alla morte avvenuta nel 1933 per cancro prostatico.

L'esame istologico del cervello di questo e di altri casi dimostra l'esistenza di una cicatrice postoperatoria guarita senza reazione e divisa in tre strati. La zona esterna può presentare aderenze meningo-cerebrali oppure una superficie libera di uno strato gliale; solo in questo secondo caso si può avere una perfetta funzionalità. La seconda zona, o di transizione, è costituita da glia fibrillare e tessuto connettivo vascolare. La zona centrale è una massa gliale uniforme e ricca di cellule gliali, che dà l'impressione di una regolarità pressochè geometrica.

La maggior parte delle cicatrici è rappresentata dalla zona esterna. Il limite tra la cicatrice e la sostanza grigia è di una nettezza lineare.

Discussione: Il prof. AYALA riferisce su un caso si sua osservazione.

Prof. CHIAROLANZA (Napoli). — *Lesioni traumatiche cranio-cerebrali della volta. Le esperienze dell'Ospedale dei Pellegrini di Napoli. Contributi personali.* — L'O. riassume la statistica di 20 anni dell'Ospedale dei Pellegrini di Napoli, per ciò che riguarda le lesioni cranio-cerebrali della volta. Aggiunge i suoi contributi personali e si sofferma brevemente sulla diagnostica e su alcuni punti della terapia chirurgica. Egli sostiene che bisogna trasformare nei limiti consentiti le lesioni aperte in lesioni chiuse e che per la chiusura della breccia ossea è opportuno servirsi di brattee ossee ricavate dal focolaio di frattura. Mostra il metodo da lui seguito attraverso proiezioni radiografiche.

Prof. O. ALBERTI (Brescia). — *Sul pneumocefalo traumatico.* — L'O. illustra 4 casi da lui personalmente osservati secondari a frattura delle pareti profonde di cavità pneumatiche cranio-facciali (in un caso a carico dei seni frontali, negli altri tre casi a carico dell'etmoide). In tutti i casi la raccolta aerea endocranica si era prodotta tardivamente a qualche settimana dal trauma; in due casi si ebbe riassorbimento del gas e guarigione spontanea; un terzo caso venne a guarigione dopo intervento operativo; nel quarto caso, particolarmente grave e complicato da pneumoventricolo e ascesso cerebrale, il paziente venne a morte, nonostante l'atto operativo.

L'O. esorta a pensare alla possibilità di una formazione di p. t. tutte le volte che si riscontri all'esame radiografico una frattura cranica interessante pareti di cavità pneumatiche della base, perchè pensa che questi casi debbano essere molto più frequenti di quanto non si creda.

Discussione: il prof. PIETRANTONI dà alcune delucidazioni sul caso da lui trattato chirurgicamente. BASTIANELLI, DONATI, FERRERO e MEDEA ricordano casi analoghi della loro esperienza.

Prof. DI MARZIO, prof. CAVINA, prof. DE NIGRIS (Bologna). — *Aracnoidite chiasmatica.* — Gli OO. descrivono 6 casi di aracnoidite chiasmatica verificati all'operazione. La persistenza del miglioramento ottenuto, ma soprattutto la mancata comparsa di sintomi di localizzazione o comunque generali di tumore a distanza di due anni dall'atto operatorio, esclude sufficientemente la possibilità di un tumore latente.

Dal lato clinico è caratteristica l'insorgenza brusca dei sintomi oculari (decadimento del visus) e la lunghissima persistenza dello stesso quadro nella sintomatologia. In genere coesistono fatti aracnoiditici a carico della corteccia. L'atto operatorio di solito dà luogo a scarsi miglioramenti dei disturbi oculari. L'intervento chirurgico (prof. CAVINA) è consistito nella liberazione delle aderenze aracnoidee prechiasmatiche per via transfrontale intradurale.

Prof. E. MEDEA (Milano). — *Alcuni casi di tumori della fossa media.* — L'O. richiama l'attenzione su taluni tumori di origine sfenoidale, riportando i criteri per la diagnosi differenziale tra tumori della piccola e della grande ala dello sfenoide.

Comunica 2 casi di tumore cranio-faringeo del secondo tipo di Bertolotti ed un secondo caso di tumore della grande ala dello sfenoide con diffusione alla piccola ala. Sono questi casi di notevole interesse per la diagnosi differenziale con affezioni dei seni e con lo stesso tumore cerebrale.

Prof. A. FOÀ (Torino). — *Teca cranica ed assorbimento delle radiazioni radium e roentgen.* — L'O. ha condotto ricerche su preparati ossei isolati, e su un cranio umano a fresco. Nelle ricerche su osso isolato ha notato notevoli differenze tra l'osso fresco e l'osso secco, sensibilissime se l'osso è decalcificato. Su cranio umano di individuo adulto deceduto per malattia acuta, ha praticata una serie di irradiazioni sia attraverso la breccia ossea preventivamente praticata, sia attraverso la teca intatta, ed ha potuto dimostrare che la dose eritema poteva essere dimostrata in un tempo di circa 1/5 inferiore attraverso la breccia ossea, che non attraverso l'osso intatto e che per conseguenza in tempi uguali poteva essere raggiunta la dose eritema adoperando da una parte radiazioni di durezza X dall'altra radiazione di durezza X-1.

Discussione: Presero parte alla discussione i proff. RATTI, PALMIERI, PERUSSIA, DONATI e BESTA.

Prof. P. VALDONI. (Roma). — *La ganglionectomia cervico-toracica nella cura del morbo di Raynaud con sclerodermia.* — L'O. riferisce di un caso tipico di M. Raynaud degli arti superiori con sclerodermia con artrite ed ulcerazioni, nel quale la ganglionectomia bilaterale portò alla guarigione delle ulcerazioni, lasciando inalterata la sintomatologia tipica. Si ebbe invece una tipica sindrome di Horner bilaterale. Una seconda p. era già stata operata nel 1930 di gangliectomia cervico-toracica e poi di simpatectomia periomerale, e la sindrome del Raynaud recidivata scomparve completamente durante il periodo di gravidanza.

L'O. è dell'opinione che la M. di Raynaud non sia in rapporto con alterazioni del sistema simpatico, ma che il tono dei capillari dipenda da cause ignote. Vede l'indicazione della ganglionectomia nelle ulcerazioni, in quanto queste sono venute rapidamente a guarigione e vi è stato un miglioramento delle alterazioni sclerodermiche dei tessuti.

Discussione: Prendono parte alla discussione i proff. PIERI e ROASENDA.

Prof. C. CAVINA (Bologna). — *Considerazioni intorno a 22 interventi per via transfrontale intradurale per affezioni varie della regione chiasmatica.* — L'O. riferisce di 22 casi operati (4 adenomi, 6 cisti di Ratke, 1 cisti ipofisaria, 1 adenomantinoma, 1 psammoma, 1 peritelioma, 6 aracnoiditi chiasmatiche, 1 aneurisma della carotide interna, 1 meningioma) intrattenendosi sui criteri diagnostici, sulla tecnica operatoria sui risultati immediati e tardivi.

Prof. A. SANTORO D'EMIDIO (Roma). — *Tumore (astrocitoma) cistico dell'emisfero cerebellare sinistro invadente la parte anteriore del verme. Recidiva operatoria. Radiumterapia efficace.* — L'O. illustra un caso di tumore cistico dell'emisfero cerebellare sinistro, della parte anteriore del verme con sintomatologia grave, in bambino di 5 anni trattato con successo con la radiumterapia. Il risultato terapeutico buono tutt'ora si mantiene dopo un anno dall'ultimo intervento radiumterapico, circa due dal primo. L'O. fa rilevare l'importanza della particolare tecnica da lui usata (irradiazioni di debole intensità ripetute a brevi intervalli) e l'utilità in simili casi di una stretta collaborazione radio-chirurgica.

Prof. CAMPAILLA (Ferrara). — *Casi di tumori endocranici multipli.* — L'O. riferisce su 2 casi a sintomatologia clinica complessa, nei quali non fu possibile una diagnosi di sede in vita. All'autopsia si trovarono tumori multipli, onde l'O. ritiene che sia una buona norma clinica di non trascurare nel lavoro diagnostico di prendere in considerazione la possibilità di tumori multipli.

Prof. G. CAMPAILLA (Ferrara). — *Dolore ed alterazioni radiologiche della colonna lombare nella sclerosi a placche.* — L'O. conclude: 1) il sintoma dolore variamente localizzato, ma più speso lombare è presente nella sclerosi a placche; 2) spesso è dato riscontrare alterazioni radiologiche della colonna lombare a tipo lomboartritico; 3) i dolori riconoscono varie origini: *a*) aracnoidite secondaria; *b*) lesione dei cordoni laterali; *c*) lomboartrite. Questi ultimi più frequenti e salienti possono spiegarsi col fatto di atteggiamenti e movimenti viziati e turbe di innervazione simpatica sul tratto della colonna più messa in giuoco.

I congressisti visitano l'Istit. Neurologico Vittorio Eman. III diretto dal prof. C. BESTA e il R. Istituto di Radiologia dal prof. F. PERUSSIA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le temperature subfebbrili protratte.

L. Gelman (*Deut. Ar. f. klin. Med.* e *Journ. am. med. assoc.*, 17 nov. 1934) cerca di risolvere la questione se le temperature subfebbrili protratte debbano considerarsi o non come un vero processo febbrile. Manca, egli osserva, un aumento nella produzione di calore; inoltre, egli ha l'impressione che in molti pazienti, si tratti soltanto di un aumento di temperatura regionale.

Il disturbo della termoregolazione di persone con ipertermie (intese nel senso di temperature superiori alla norma) protratte è connesso con disturbi neuro-vascolari, che si sviluppano presto in pazienti con instabilità simpatica. Nei disturbi della termoregolazione esistenti nel gozzo esoftalmico, si avrebbe lo stesso meccanismo.

Krehl, a tale proposito, parla di una condizione atassica degli organi interessati: è probabile che tale atassia che coinvolge anzitutto il meccanismo neuro-vascolare, sia sufficiente per turbare la normale distribuzione del « caldo sanguigno » nell'organismo. Lo sviluppo di disturbi della temperatura si ha dunque per un'abnorme distribuzione regionale ed eliminazione del calore, mentre non vi è affatto aumento nè del metabolismo, nè dei processi di ossidazione, nè nella produzione di calore.

Si tratta probabilmente di insufficienza delle barriere naturali dell'organismo, come quella del sangue-liquor, quella vascolare endoteliale e quella intestinale, per cui le sostanze tossiche possono arrivare all'apparato regolatore del sistema nervoso centrale. Può anche darsi che l'atassia del sistema regolatore nervoso sia dovuta a stanchezza dell'apparato centrale.

La parte del sistema endocrino nella patogenesi dell'ipertermia protratta è facilmente comprensibile tenuto conto delle connessioni di esso con il sistema simpatico.

Non sono quindi dei processi infettivi od infiammatori od altre modificazioni anatomiche che provocano le ipertermie protratte, ma piuttosto dei cambiamenti nella reazione dell'organismo del paziente, specialmente del suo sistema nervoso.

Nel trattamento delle temperature subfebbrili protratte, si deve evitare di far presenti al paziente le possibilità di diagnosi diverse e di numerosi trattamenti. Cambiamenti nel modo di vita, metodi di terapia fisica, come idroterapia e galvanizzazione della porzione cervicale della spina dorsale possono essere tentati. Utile può essere il soggiorno in sanatorio od in campagna.

fil.

Le ritenzioni azotate mute e tollerate.

La tolleranza alle ritenzioni azotate durante l'insufficienza renale è una nozione ancora male stabilita. Abbastanza ben conosciuta è la forma latente od ambulatoria dell'iperazotemia, ma è raro che essa si svolga con un silenzio sintomatico quasi del tutto completo, anche se i segni umorali sono di una certa entità.

L. Rimbaud (*Bull. Acad. de méd.*, 26 dic. 1934) riporta due casi in cui tale contrasto era particolarmente evidente. Nell'uno, si tratta di un individuo di 65 anni tenuto in ospedale da 20 mesi, con dispnea attribuita ad un processo bronchitico cronico, con inizio d'insufficienza cardiaca. Urine con sufficiente concentrazione di urea e di cloruri; albuminuria 0,37. Una prima analisi di sangue rivela un'azotemia di 1,85 per 1000.

Nei giorni seguenti, la sindrome di ritenzione azotata sembra affermarsi clinicamente con accentuazione della dispnea, vomiti e sonnolenza; nonostante la cura l'azotemia aumenta a 2,62 e l'A. fa una prognosi grave, tanto più che sono aumentate anche la polipeptidemia, la creatinemia (0,142) ed è molto abbassata la riserva alcalina. La ritenzione clorurata è parallela all'azotemia.

Ciò nonostante e senza modificazioni della terapia, lo stato va in seguito migliorando fino a diventare eccellente. L'osservazione del malato continua ancora per oltre un anno rivelando cifre di azotemia di 1,50, con sbalzi a 2,02. L'abbassamento a 0,90 coincide con la ripresa del regime carneo. Si manifestano in seguito delle crisi dispnoiche, con ipertensione migliorate poi con il regime declorurato ed i rimedî cardiotonici. Stato generale buono, azotemia sempre su 1,70 circa.

Un altro malato è stato osservato per due anni ed otto mesi ed è poi morto per polmonite acuta a 67 anni. Presentava albuminuria (0,30) con ipoazoturia e ipocloruria, ipertensione moderata. L'inappetenza, la sensazione permanente di secchezza alla bocca e di cattivo sapore decidono l'A. a determinare l'azotemia, che si dimostra a cifre variabili da 1,72 a 2,07, elevandosi poi a 3,95 e 4, pure con stato generale eccellente. Quando si manifestò la polmonite, l'azotemia era a 2,45.

Ciò che colpisce, in queste osservazioni, è anzitutto il contrasto fra un quadro clinico quanto mai frusto ed una sindrome umorale grave: notevole poi, era nel primo caso la variabilità della ritenzione degli altri prodotti azotati, in confronto con la fissità della ritenzione ureica.

Ma soprattutto è importante il fissare un tipo clinico di ritenzione azotata, che l'A. pro-

pone di chiamare « muto », che è ancora più silenzioso, più frusto, più ingannatore che i tipi ambulatori di altri autori. Le forme ambulatorie permettono al malato una certa attività, ma improvvisamente prendono un'evoluzione rapida, che conduce alla morte in pochi giorni col quadro della grande uremia. Le forme puramente azotemiche di altri autori presentano i segni nervosi e digestivi della piccola o grande uremia, mancando soltanto i segni cardiovascolari.

Nulla di questo nei due casi dell'A., di cui l'uno soccombette per un episodio infettivo acuto, l'altro s'incammina verso l'insufficienza cardiaca associata a disturbi da ipercloremia.

L'iperazotemia ureica è quindi da considerarsi spesso soltanto come il testimonio passivo della ritenzione azotata, mentre gli altri prodotti (polipeptidi, creatinina) sono da considerarsi uno specchio più fedele e più sensibile dell'evoluzione dell'insufficienza renale.

Malgrado tutto, rimane poi il fattore vitale della resistenza individuale, con le sue segrete sorgenti di energia. La biochimica ha sperato con dei procedimenti sempre più delicati e precisi di fissare le cifre delle diverse fasi della lotta, ma non è arrivata ancora a prevedere con sicurezza la durata e l'esito. *fil.*

Ipocloremie ed accidenti postoperatorii.

H. Chabanier e Lobo-Onell (Masson et C.ie Edit., Paris) nel servizio chirurgico del professore Legueu hanno studiato l'argomento, servendosi non solamente delle osservazioni proprie ma anche di quelle pubblicate da Robineau e Levy.

Nel presente lavoro dopo aver preso in esame gli accidenti postoperatori ed il loro meccanismo, la cloremia e la cloruria nel periodo dopo l'operazione, mettono in rilievo il valore del cloro sanguigno e l'azione della somministrazione dei sali nella cloremia postoperatoria. Dopo aver dimostrato l'importanza della cloruria postoperatoria sotto l'influenza della reclorurazione, vi portano le tecniche della determinazione del cloruro sodico plasmatico e del cloruro di sodio globulare. In seguito dimostrano i rapporti che esistono tra iperazotemia ed ipocloremia ed analizzano l'azione della ipocloremia nel meccanismo dell'iperazotemia post-operatoria, della quale ricercano la patogenesi. Di poi nelle alterazioni del metabolismo azotato accennano alle modificazioni di ordine quantitativo e qualitativo, entrando nel campo della ectosi postoperativa e della influenza di questa nella determinazione degli accidenti tossici postoperatori. Essi esaminano le variazioni dell'equilibrio acido-basico in rapporto alle cadute immediate e tardive della riserva alcalina, stabilendo il meccanismo dell'alcalosi postoperatoria. Dopo aver completato lo studio clinico dei disturbi postoperatori nei loro rapporti con l'ipocloremia giungono alle conclusioni sul meccanismo degli accidenti postoperatori e danno le indicazioni del trattamento e delle prevenzioni degli accidenti tossici postoperatori. V. JURA.

Emitetania nell'uremia.

Quasi mai è stata osservata una tetania come complicanza della uremia. Può quindi presentare interesse un caso descritto da A. Landsiedl (*Mediz. Klinik.*, 14 dic. 1934): un paziente di 49 anni affetto da rene grinzo nefritico, che nello stadio cronico-uremico presentò sintomi tipici di tetania. La tetania era unilaterale e si manifestava in forma di spasmi tipici: l'esame elettrico dimostrò che la contrazione alla apertura dell'anode avveniva costantemente a valori più bassi che alla chiusura dell'anode, talvolta persino più bassi che alla chiusura del catode, segno che varî AA. considerano importantissimo per la diagnosi di tetania. Dall'altro lato del corpo esisteva una leggera emiparesi da lesione piramidale: l'A. la attribuisce ad un edema cerebrale localizzato. L'autopsia dimostrò un edema cerebrale accentuato, specialmente intenso nella regione del ponte: le paratiroidi erano un po' più grandi del normale, fortemente iperemiche e infiltrate di grasso. L'A. attribuisce la tetania ad una lesione tossica delle paratiroidi in conseguenza della uremia: la unilateralità degli spasmi tetanici, limitati alla parte opposta a quella della emiparesi (la emitetania che accompagna le emiparesi è per lo più omolaterale) all'edema pontino che avrebbe danneggiato i centri necessarî per la manifestazione degli spasmi tetaniaci. R. POLLITZER.

La debolezza miocardica subbiettiva.

Alla debolezza miocardica obbiettiva appartengono quei noti stati morbosi che il medico pratico vede spesso, di individui con le labbra blu, con dispnea al minimo sforzo, con palpitazioni, ecc. Ma vi sono altri casi, in cui si può parlare di debolezza miocardica subbiettiva, in cui ha grande importanza il criterio *ex juvantibus*. Trattasi spesso di cogliere il principio di uno stato morboso, che altrimenti continuerebbe subdolamente ad agire fino alla comparsa di sintomi gravi, che si ritengono improvvisi sotanto perchè non era stato conosciuto il male al suo inizio.

L'inizio di forme morbose degenerative, fra cui W. Mühlbacher (*Münch. med. Wochens.*, 29 nov. 1934) annovera appunto la debolezza miocardica, si trova appunto nella zona-limite fra la salute e la malattia, in cui si deve tener conto soprattutto dei fatti subbiettivi.

L'A., pertanto, trova utile il trattare i disturbi cardiaci detti nurastenici, quando non cedono con i consueti nervini, con preparati di digitale e con i relativi consigli d'indole fisicodietetica. Ma soprattutto importante è la prova terapeutica con la digitale, per cui egli con-

siglia la somministrazione di preparati titolati, in modo da somministrare 3 volte al giorno dosi corrispondenti a 72 mg. di foglie di digitale (per individui deboli, per le donne, 40 mg.); il medicamento viene dato per 2 giorni. Se questo produce un sensibile miglioramento, si può concludere che si tratti realmente di debolezza miocardica subbiettiva. *fil.*

Le ipertensioni arteriose parossistiche da eccitazione nervosa.

M. Villaret, P. Harvier, M. Bariéty e L. Justin-Besançon (*Soc. méd. hòpitaux*, 23 nov. 1934) ricordano che il parossismo ipertensore non è altro che lo sregolamento brutale del processo fisiologico che regola normalmente l'equilibrio tensionale.

In un gruppo di fatti patologici, tale perturbazione risulta dall'intensità normale dell'esaltazione nervosa, che presiede alla vasocostrizione e dalla secrezione adrenalinica.

Di tali ipertensioni arteriose parossistiche da eccitazione nervosa, esistono due gruppi:

1) I parossismi ipertensori derivanti ad un tempo all'adrenalino-secrezione e dalla vaso-costrizione. Essi sono determinati da eccitazioni periferiche o centrali: crisi ipertensive da eccitazione del capo centrale del pneumogastrico e fatti simili derivanti da lesioni del trigemino o da eccitazioni sensitive varie;

2) L'ipertensione parossistica di natura puramente nervosa, che può manifestarsi con un'ipertensione globale oppure con elevazione tensionale in certi territori vascolari, ad esclusione di altri, per asinergia circolatoria.

L'analisi del meccanismo, in ogni caso clinico può portare ad una terapia razionale, che non si limita a mascherare gli accidenti, ma che si sforza di colpirli nella loro genesi. *fil.*

Il trattamento dell'emofilia.

H. W. Jones e L. M. Tocautins (*Journ. am. med. assoc.*, 1° dic. 1934) dopo avere ricordato l'importanza dell'eugenica per impedire il diffondersi della malattia, a carattere essenzialmente ereditario, rileva la necessità della profilassi individuale diretta ad evitare i traumi e di un'adatta preparazione prima di procedere a qualsiasi atto operativo.

Per la prevenzione ed il trattamento degli attacchi emorragici acuti, il miglior metodo consiste nella trasfusione del sangue non modificato: il sangue citratato dà pure buoni effetti, ma provoca altresì maggiori reazioni.

In qualche paziente, sono utili anche le iniezioni endomuscolari di sangue intero (20 cmc.).

Il siero fresco è un buon agente emostatico.

Si può anche tentare l'iniezione endovenosa di sangue defibrinato, mentre è del tutto inefficace l'endocrinoterapia.

Così pure nessun effetto hanno delle diete speciali.

Va evitata ogni terapia che abbrevia il tempo di coagulazione del sangue venoso e non diminuisce il fenomeno del sanguinamento. In tre pazienti emofilici, gli AA. hanno tentato l'iniezione intradermica di piastrine antiumane: ma se ne ebbe, come conseguenza, una notevole diminuzione nel tempo di coagulazione del sangue venoso ed una fase acuta di emorragia.

In casi in cui sia necessario il pronto soccorso contro l'emorragia, non è affatto indicata la trasfusione peritoneale; il sangue va iniettato sempre endovena. *fil.*

Granulopenia consecutiva alla somministrazione di allonal.

Per circa 5 mesi, una donna di 60 anni prese due tavolette, ogni sera, di allonal (acido allyl-isopromil-barbiturico ed amidopirina), per combattere l'insonnia. Dopo 3 mesi, incominciò ad avvertire perdita di forze, dopo un altro mese, malattia delle gengive, con ingrossamento delle ghiandole del collo; ascessi alla regione glutea.

All'esame del sangue: emazie 2.160.000, emoglobina 55 %, leucociti 5.700 (polimorfonucleati 12 %, linfociti 58 %, grandi mononucleati 18 %, di passaggio 4 %, basofili 8 %). Cinque trasfusioni aumentarono le emazie a 4.180.000, ma i leucociti scesero dapprima a 2800 (con 2 % di polinucleari) ed a 1200 (con nessun polinucleare).

Febbre di tipo settico, fra 36°.7 e 39°,4. Il miglioramento incominciò soltanto dopo la sospensione dell'uso dell'allonal e continuò fino all'uscita dall'ospedale.

Ch. H. Stone e J. Marcolis (*Journ. amer. med assoc.*, 22 dic. 1934) che riferiscono il caso attribuiscono la granulopenia al fatto che il midollo osseo della paziente era depresso a causa della terapia ad alto voltaggio precedentemente usata e delle tossine elaborate dal carcinoma del collo, curato in precedenza col radio. *fil.*

Il saccarosio nelle ferite suppuranti dei diabetici.

Il trattamento delle ferite con zucchero, in polvere od in soluzione, è già stato preconizzato da alcuni AA. P. Escudero e S. Orgaz (*Semana med.*, 23 ott. 1934) hanno ottenuto eccellenti risultati nelle ostinate ferite suppuranti dei diabetici mediante applicazioni di zucchero in polvere. Già dopo 24 ore, la ferita si ripulisce e si vitalizza: rapidamente si stabilisce la epidermizzazione.

Quando vi sono tragitti fistolosi, piaghe, ecc. si dovranno dapprima asportare le parti necrosate ed esplorare le anfrattuosità ed i tragitti, introducendovi della garza impregnata con polvere di zucchero. Si usa la polvere di zucchero, tale e quale, senza sterilizzarla: basta levarne le eventuali impurezze; se ne cosparge poi tutta la ferita, in modo che questa

ne rimanga bene impregnata. In due malati si sono persino potute evitare le amputazioni che sembravano dapprima necessarie.

Il risultato si mantiene buono da sei mesi.

fil.

La dieto- e fangoterapia dell'eczema.

M. Comel (*Minerva medica*, 22 dic. 1934) esaminando i rapporti fra acido urico ed eczema trova che poca luce vi apportano anche gli studi recenti, i quali però possono dare qualche indirizzo terapeutico.

Anzitutto nei riguardi della dieta che, generalmente, negli eczematosi si tende a prescrivere più o meno apurinica. Tale prescrizione non è affatto suffragata dallo studio dei rapporti sopra citati e la clinica, del resto, rileva il vantaggio che si ottiene negli eczemi cronici con le diete iperpuriniche. Del resto è noto che queste sono state da qualcuno raccomandate nella diatesi uricofila per eccellenza, la gotta.

Per quanto riguarda la fangoterapia, l'A. in una lunga serie di ricerche ha dimostrato che, sotto la sua azione, aumenta l'uricemia e diminuisce l'eliminazione di acido urico. Per la copiosa perdita di liquido per sudazione — in seguito allo stimolo termico esercitato dal fango — gran copia di liquido viene drenata nel sangue, dai tessuti (muscoli, cute, articolazioni). In tal modo, viene anche asportato dai focolai morbosi, con altri metaboliti, l'acido urico. Per tale ragione esso aumenta nel sangue, mentre la sua diminuzione nelle urine sarebbe dovuta all'intervento della uricolisi facoltativa, la cui soglia verrebbe raggiunta per la mobilizzazione dei depositi di acido urico. Per tal modo si spiegano anche i fenomeni allergici (generali e locali) che si osservano nella fangoterapia.

fil.

Il batteriofago in terapia.

M. D. Eaton e S. Bayne-Jones (*Journ. amer. med. assoc.*, 15 e 22 dic. 1934) in un lungo lavoro sull'argomento vengono alla conclusione anzitutto che l'agente litico chiamato « batteriofago » non ha ancora lasciato riconoscere la sua natura; la teoria di d'Herelle che si tratti di un virus vivente non è provata, mentre tutto fa ritenere che esso sia costituito da un materiale inanimato, probabilmente un enzima.

Poichè, dunque, non si può concludere che il batteriofago sia un organismo vivente, non è giustificato l'attribuire il suo effetto sulle culture batteriche o la sua possibile azione terapeutica ad una proprietà vitale.

È bensì vero che il batteriofago discioglie i batteri sensibili nelle culture e provoca numerose modificazioni degli organismi, ma la sua azione litica nell'organismo è inibita o di molto ostacolata dal sangue e da altri liquidi dell'organismo stesso.

Il materiale chiamato batteriofago è costituito generalmente da microrganismi disciolti e contiene, oltre al principio litico, delle sostanze batteriche antigeniche, dei prodotti dell'accrescimento dei batteri ed anche dei componenti della cultura. Gli effetti di tutti questi componenti devono esser tenuti presenti quando si studia l'azione terapeutica del batteriofago.

Lo studio della letteratura dimostra che i pareri sul valore terapeutico del batteriofago sono assai contraddittori. Soltanto nel trattamento delle infezioni locali stafilococciche e forse della cistite (da B. coli e da stafilococchi) sembra raggiunto l'accordo.

Nulla prova che in vivo si abbia la lisi o la uccisione dei batteri, salvo forse nella vescica od in alcune cavità in cui vi sia scarsa quantità di essudato e si possa usare un'abbondante irrigazione col batteriofago.

I risultati favorevoli possono essere dovuti all'azione immunizzante delle proteine batteriche nel materiale usato ed agli effetti non specifici dei filtrati di brodo. *fil.*

Azione dei batteri intestinali sulla vitamina C.

Stepp e Schröder (*Klin. Wochenschr*, 2 febbraio 1935), rilevano che le malattie dovute a deficienza di vitamina C guariscono più prontamente se la detta vitamina viene somministrata per via parenterale. Sopratutto quando esistono processi enteritici la somministrazione orale di vitamina non dà risultati del tutto soddisfacenti. In parte ciò può essere dovuto all'aumentata peristalsi del tenue che eliminerebbe la vitamina prima del suo riassorbimento: la vitamina C potrebbe però anche venire distrutta dall'azione dei batteri che in simili casi hanno invaso il tenue. Gli AA., hanno studiato in vitro l'azione di vari batteri sulla vitamina C: hanno usato per le esperienze 8 ceppi di coli, i bacilli paratifici, dissenterici, i bacilli del tifo, il b. Gärtner, il proteo, l'enterococco, gli stafilococchi e gli streptococchi. Alcuni ceppi di coli distruggevano entro 24 ore quasi completamente la vitamina C, altri non la intaccavano affatto. Degli altri batteri esaminati, i tifici e i paratifici A non alteravano affatto la vitamina C: mentre i bacilli del paratifo B la distruggevano quasi totalmente. R. POLLITZER.

IGIENE.

Le irrigazioni vaginali nella igiene della donna sana.

Molto opportunamente F. De Napoli (*Boll. Scienze med. Bologna*, maggio-giugno 1934) richiama l'attenzione sugli svantaggi ed i pericoli che possono rappresentare le irrigazioni vaginali nella donna sana. Questa non deve assolutamente seguire tale pratica, perchè non ne ha affatto bisogno e ciò che in natura non è necessario, non è utile e riesce spesso dan-

noso. La pratica, sorta per un giusto concetto di profilassi contro le malattie veneree è stata poi generalizzata non pensando che anche l'azione del più innocuo degli agenti esterni detersivi, se non viene applicato cautamente e soltanto nelle parti in contatto con l'ambiente esterno (mucose nei punti di passaggio alle cavità naturali: bocca, vulva, ano) può riuscire nociva. Assoggettare un individuo del tutto sano ad un clistere, ad una doccia nasale, ad una lavatura dell'uretra, ecc. vale e nuoce quanto assoggettare una donna sana ad abituali irrigazioni in vagina.

Qualunque sia il liquido che si usa, le irrigazioni nuocciono ledendo, traumatizzando l'epitelio; se poi il liquido è medicato, la reazione chimica può anche compromettere la fecondità della donna. Di fatto, se tale reazione è acida disturba l'alcalinità dell'ambiente del fondo della vagina, dove il muco proveniente dall'utero è favorevole alla mobilità degli spermatozoi. Se il liquido iniettato è alcalino disturba la reazione della parte inferiore(circa i due terzi) che è acida per proteggere il canale genitale dalle infezioni prodotte da germi ed, al tempo stesso, per impedire che gli spermatozoi depositati nella parte alta tornino indietro, respingendoli verso la porzione alcalina, dove essi trovano le proprie condizioni di vita.

La natura ha provveduto di per sè alla pulizia mediante le secrezioni che, per forza della contrazione dei genitali interni ed esterni o, per forza di gravità, vengono espulse attraverso il canale vaginale od eventualmente riassorbite. Nella donna, poi, in confronto con le femmine di altri animali, le mestruazioni servono anch'esse per liberare il canale vaginale dalle secrezioni e dai detriti di qualsiasi genere; perciò gli antichi ed il popolo le hanno denominate anche *purghe mensili*.

In qualche caso, le irrigazioni possono essere necessarie, ma non devono affatto assumere il carattere di pratica igienica, abituale, quotidiana.

E la natura ha provveduto in modo che la donna, allo stato normale di salute, non debba avere bisogno di irrigazioni vaginali. Il grado di pulizia della vagina è in rapporto con l'acido lattico che essa contiene e che deriva dal glicogeno. È appunto l'acido lattico che rende acide le secrezioni vaginali, conferendo ad esse un potere battericida che, unitamente alla flora normale, si oppone all'invasione di germi patogeni.

Le irrigazioni vaginali alterando le secrezioni e ledendo l'epitelio finiscono col favorire l'attecchimento di tali germi, mentre producono anche la sterilità ed anche a questo fattore si deve la sterilità di molte coppie, principalmente nelle città, dove più largamente è diffusa tale pratica che nonostante le contrarie apparenze è quanto mai antiigienica. *fil.*

SEMEIOTICA.

La reazione di Faust Zambrini nella pratica pediatrica.

Trattasi di una reazione che si esegue sulla saliva e che darebbe utili indicazioni pronostiche.

Il reattivo si prepara sciogliendo in 1000 grammi di alcool a 95°, 1 g. di cocciniglia, 7 di diossiantrachinone, 1 di triossiantrachinone e 1,50 di rubia tinctoria.

Si fa sciacquare bene la bocca al malato e si preleva poi in un tubo da emolisi 1 cmc. circa di saliva a cui si aggiungono 15-20 gocce del reattivo. Dopo agitazione, la miscela prende una colorazione che varia dal giallo molto pallido al violetto scuro. Una gamma di 16 campioni permette di trovare quello corrispondente alla saliva in esame.

Il colore costituirebbe « il termometro della resistività vitale dell'individuo in esame. I gradi bassi della reazione, corrispondenti a colorazioni pallide indicano uno stato di decadenza organica profonda, di cui si deve tener conto nello stabilire la prognosi; le colorazioni scure appartengono ad organismi vigorosi e resistenti, da cui ci si può attendere una energica difesa contro le malattie.

H. Grenet e P. Isaac-Geroges (*Gaz. des hôpitaux*, 9 genn. 1935) hanno saggiata la reazione su circa 3000 bambini di un ospedale infantile. Si trattava delle malattie più diverse, per la maggior parte malattie infettive (tifoide, scarlattina, difterite, reumatismo, tubercolosi, ecc.).

Nell'insieme, gli AA. hanno riscontrato una corrispondenza fra lo stato generale del malato ed i risultati della reazione. Nelle affezioni febbrili, la reazione assume un andamento sensibilmente inverso a quello della temperatura. Una complicazione, una ricaduta si manifestano con reazioni di tinta pallida, mentre il miglioramento progressivo si mostra con tinte sempre più marcate, con variazioni contemporanee alle modificazioni cliniche.

Senza indagare le basi teoriche della reazione, gli AA. osservano che la sensibilità del reattivo segue le variazioni del pH.

Comunque, la reazione può costituire un utile completamento dell'esame clinico. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il ritmo della cistifellea e l'effetto di certe medicine.

G. M. Higgins e K. Deissler (*Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic*, ott. 1934) hanno studiato il comportamento del tono e del ritmo delle contrazioni della cistifellea della cavia, isolata per intero e sospesa in soluzione fisiologica a 38°,5; uno speciale dispositivo, sul tipo del pletismografo di Mosso, permetteva di raccogliere le modificazioni del volume della cistifellea.

Gli AA. hanno osservato che la cistifellea presenta un'attività ritmica automatica di entità assai superiore a quanto si credesse sinora; che questo ritmo dipende dal rapporto che passa fra il tono muscolare, il volume del liquido endovescicolare e la pressione che ne risulta.

Una cistifella vuota e sovrariempita non pulsa più.

L'aggiunta di farmaci ad azione vagoparalitica, come l'atropina, determina un rilasciamento del tono e la regolarizzazione delle contrazioni, specialmente se prima sono stati aggiunti farmaci ad azione simpaticoparalitica, come la pilocarpina, che hanno aumentato il tono della cistifella e ne hanno arrestato le contrazioni. V. SERRA.

VARIA

Priestley e l'ossigeno.

Il mondo scientifico ha recentemente celebrato il duecentesimo anniversario della nascita di Joseph Priestley, il cui nome resterà per sempre associato alla scoperta dell'ossigeno. Priestley è stato uno dei pionieri in una nuova êra della chimica, quando la conoscenza di alcuni fra i più comuni elementi e composti gassosi si perfezionò con rapida successione. Fra questi l'« aria fissata » di Black, oggi chiamata anidride carbonica, l'« aria infiammabile » di Cavendish, conosciuta oggi come idrogeno, il nitrogeno studiato da Rutheford. A queste seguì la importante scoperta di Priestley, il 1° agosto 1774, di quella che, sotto l'influenza delle correnti teorie, egli chiamò « aria deflogisticata ». Egli scompose col calore la polvere ottenuta calcinando il mercurio e raccolse ed esaminò il gas che ne derivava. Con un racconto veramente emozionante delle sue esperienze egli riferì come in quel gas le candele ed i carboni accesi bruciassero con straordinario vigore e come il topo vivesse in esso sotto una campana di vetro anche più a lungo che all'aria libera. Ragionando sulla vecchia ipotesi del *flogisto*, Priestley scelse il nome di « aria deflogisticata » perchè il gas era ricavato da un metallo bruciato e cioè deflogisticato e inoltre era incolore ed inodore come l'aria pura. Poco più tardi il chimico svedese Scheele, indipendentemente da Priestley, scoprì lo stesso gas e lo denominò « aria empirea ». Rimase al brillante Lavoisier, chiamato il padre della ricerca della nutrizione, l'onore di dare il suo vero valore al gas scoperto dal Priestley e di coniare la parola « ossigeno » ora usata.

Numerose altre scoperte chimiche di grande importanza sono attribuibili a Priestley, sufficienti, secondo l'espressione di un recente illustratore della sua vita, a vincere numerosi premi Nobel di oggi. Lo stesso scrittore ha notato come la figura di Priestley possa essere considerata come un paradosso, da qualsiasi punto di vista la si guardi.

« Ardente cattolico, egli divenne un famoso scienziato (è poi questo davvero un paradosso? *N. d. r.*): le questioni spirituali erano di grande importanza per lui, eppure solo le sue scoperte fisiche gli diedero fama e gloria nel mondo dei fisici e dei chimici. Primo ad isolare l'ossigeno, egli lavorò tutta la sua vita a controbattere la teoria francese che affermava essere la combustione una ossidazione. La sua stessa scoperta abbattè la sua profonda convinzione scientifica, e cioè la teoria del flogisto nella combustione. In questi giorni, in cui lo spettro dell'intolleranza e del pregiudizio sta di nuovo sorgendo in alcune parti del mondo considerate come « civilizzate » può essere interessante ricordare che Joseph Priestley dovette fuggire dalla sua patria per aver pubblicato dei libelli religiosi e politici. Egli soggiornò in Francia e finalmente negli Stati Uniti, dove egli si stabilì nel 1794 a Northumberland Pa e dove rimase fino alla sua morte. La sua casa in America è stata conservata come un museo e centinaia di persone vi rendono devota visita. Sir Michael Forter dice che Lavoisier fu quello che realmente scoprì l'ossigeno, e che Priestley e Scheele lo avevano soltanto isolato. In verità Lavoisier aiutò molto a demolire la teoria del *flogisto* e dimostrò i veri rapporti fra la combustione e gli scambi respiratori animali.

(Dal *Journ. Am. Med. Ass.*, 8 aprile 1933)

C. LA CAVA.

La televisione al servizio della scienza medica.

Il senatore Marconi in una intervista concessa ad alcuni giornalisti inglesi ha messo in evidenza i contributi che nel futuro potrà dare la televisione alla scienza medica. Sarà possibile riprendere una fotografia ai raggi X di un paziente in un ospedale di citt6 e rimetterla a qualche specialista dei grandi centri.

Il senatore Marconi ha aggiunto che in Italia — a mezzo del Radioteletrasmettitore ideato dal sen. prof. Pende — è già stata effettuata la radiodiffusione dei battiti di un cuore umano permettendo così di paragonare a distanza una persona sana con una malata, a mezzo delle pulsazioni ottenute.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

G. VEDRANI. *Il mistero dell'etiopatogenesi dell'enuresi essenziale notturna.* — Tip. Zerboni, Milano, 1934.

M. MANGIOLA. *Sulla diffusione della lebbra in prov. di Reggio Cal.* — Tip. Morgana, Reggio Calabria, 1934.

C. A. LUZZATTI. *Sulla frequenza delle ectipie in natura.* — Arti Grafiche De Grandi, Varallo Sesia, 1934.

N. BRUNI. *È la sifilide in aumento negli eserciti?* — Ist. Poligr. dello Stato, Roma, 1934.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Indagine sulla tossicomania da sostanze soggette alle disposizioni sugli stupefacenti.

Il Ministero dell'Interno (Direzione della Sanità Pubblica), in data 8 gennaio c. a., ha comunicato a tutti i Prefetti del Regno e autorità assimilate la seguente circolare:

Come è noto, l'art. 156 del Testo Unico delle leggi sanitarie, che riproduce la norma dell'articolo 153 del Testo Unico delle leggi di pubblica sicurezza, prescrive che le persone affette da intossicazione cronica prodotta da sostanze o da preparazioni soggette alle disposizioni sugli stupefacenti devono essere denunciate all'Autorità di pubblica sicurezza.

L'obbligo della denuncia incombe al sanitario, libero esercente o direttore di ospedali, ambulatori, istituti di cura in genere; e si concreta nel momento in cui l'intossicato è visitato, assistito o ricoverato.

Si prega di richiamare l'attenzione degli Organi sindacali interessati sulla citata norma di legge e sulle sanzioni previste a carico dei contravventori, le quali, specialmente in caso di recidiva, sono di particolare gravità.

È necessario, intanto procedere ad una indagine per il decorso anno, sulla psicosi tossica da stupefacenti; e ciò anche per valutarne la effettiva entità. E, considerato che la norma di cui all'articolo 156 del Testo Unico delle leggi sanitarie è entrata in vigore nella seconda metà del 1934, questo Ministero prega le LL. EE. di voler fornire i dati in base, sia alle denuncie fatte dai sanitari all'Autorità di pubblica sicurezza, sia anche alle notizie da richiedersi, pel tramite dei competenti organi sindacali, ai sanitari liberi esercenti, nonchè agli ambulatori, agli ospedali ed agl'istituti di cura in genere.

I dati da fornire per ciascun tossicomane, sono i seguenti:

a) sesso, stato civile, età, professione e residenza;

b) natura della psicosi tossica (se da morfina, da diacetilmorfina, da cocaina, da canape indiana ecc.);

c) recidività;

d) luogo di cura, e periodo di degenza effettivo o presunto.

Le notizie suddette dovranno pervenire a questo Ministero non oltre il 15 marzo p. v.

Cronaca del movimento professionale.

Ottici e medici oculisti.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha diramato, in data 7 gennaio 1935-XIII, la seguente circolare ai Prefetti e autorità assimilate:

Il Sindacato Nazionale fascista dei medici ha segnalato l'illegale attività spiegata da molti negozianti ottici, a danno del pubblico e dei medici liberi esercenti oculisti, che ha formato oggetto di rilievi e di forti proteste in occasione di un recente convegno di medici oculisti indetto dal Sindacato.

Il pubblico verrebbe attratto da molti ottici con forme pubblicitarie reclamistiche, non consentite dal R. D. 21 maggio 1928, n. 1334, per l'esecuzione della legge sulla disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie, quali ad esempio gli annunci di «misurazione gratuita della vista» o di «visita eseguita nel negozio da medico specialista» e di altri simili, per effetto dei quali il pubblico erroneamente viene a credere di trovarsi di fronte ad un medico oculista e di risparmiare il prezzo della visita.

I medici oculisti verrebbero, a loro volta, a risentire da tale abusiva concorrenza degli ottici, una sensibile riduzione della loro attività professionale.

Si richiama pertanto all'attenzione delle EE. LL. il disposto dell'art. 12 del sopracitato R. D. 21 maggio 1928, che nettamente delimita l'attività degli ottici.

Essi cioè possono «confezionare, apprestare e vendere direttamente al pubblico occhiali e lenti soltanto su prescrizione del medico, a meno che si tratti di occhiali protettivi o correttivi dei difetti semplici di miopia e presbiopia esclusa l'ipermetropia, l'astigmatismo e l'afachia».

Si richiama inoltre l'articolo 22 del ridetto regolamento, riguardante il divieto a tutti gli esercenti le arti ausiliarie di fare uso, a qualsiasi scopo e con qualsiasi mezzo, nella indicazione delle arti che professano, di denominazioni e termini che non siano la rigorosa, letterale riproduzione di quelli usati dal regolamento nella designazione delle arti stesse.

Si pregano le EE. LL. di curare la rigorosa osservanza di tali disposizioni, avvalendosi ove occorra della cooperazione degli organi del sindacato medico locale.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Consorzio antitubercolare.* — Concorso, per titoli, al posto di direttore della sezione dispensariale di Osimo. Limite età anni 40; diploma abilitazione esercizio medico chirurgo; stipendio L. 8000, oltre indennità servizio L. 2000. Scadenza 8 aprile 1935-XIII. Per informazioni rivolgersi Segreteria del Consorzio presso la Provincia di Ancona.

AOSTA. *Comune.* — Scad. 10 aprile; direttore del Dispensario comunale antivenereo; nomina triennale; assegno annuo L. 6000 lorde. Rivolgersi Segreteria comun.

BRINDISI. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 10 aprile. Concorso, per titoli ed esami, ai

seguenti posti: 1) Aiuto-Medico del Dispensario d'Igiene Sociale in Brindisi; 2) Direttore della Sezione Dispensariale in Ostuni. Stipendio L. 11.600, con tre quadrienni di L. 600, 700 e 900, oltre indennità serv. att. L. 2800, il tutto al lordo delle ritenute e riduzioni di legge. Età limite, al 1° febbraio, anni 40. Diploma di abilitazione a medico-chirurgo da almeno due anni e di specializzazione in tisiologia. Tassa L. 50,10.

CATANZARO. *Ospedale Civile.* — Aiuto medico e radiologo al Reparto Sanatoriale con incarico di radiologo dell'Ospedale Civile; competenza in tisiologia e in radiologia. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Congregazione di Carità. Scad. ore 14 del 30 marzo. Tassa L. 50,10. Documenti a 3 mesi dal 23 gennaio. Stip. L. 4000 annue soggetto alle riduzioni del 12 % ed alle altre ritenute di legge.

FIRENZE. *Ospedale di San Giovanni di Dio.* — Assistente chirurgo; L. 5000 oltre indenn. guardia L. 1200 e c.-v., lorde. Doc. a 3 mesi; età massima 32 anni. Domande al Presidente del Consiglio d'Amministrazione. Tassa L. 50 (alla Cassa dell'Opera Pia). Chiedere annunzio. Scad. ore 16 del 1° maggio; prorogata al 15 maggio.

GENOVA. *Opera Pia De Ferrari Brignole Sale (Ospedali Galliera).* — Primario chirurgo degli Ospedali Galliera; L. 6000 lorde; titoli ed eventualm. esami; chiedere annunzio; età limite 50 a.; tassa L 50; doc. a 3 mesi dal 15 febbr. Laurea da 6 anni. Scad. ore 16 del 15 maggio. Rivolgersi alla Segreteria (Ospedale S. Andrea, via A. Volta 8).

ISOLA CAPO RIZZUTO (*Catanzaro*). — Scad. 15 mar.; medico chirurgo, L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 indenn. malaria, L. 3000 trasp.; riduzioni e ritenute di legge; età limite 32 a. al 28 gen.; tassa L. 50,10.

LA SPEZIA. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele II.* — A tutto il 31 marzo 1935-XIII è aperto il concorso per medico specialista di radiologia e terapia fisica. Chiedere copia dell'avviso di concorso alla Segreteria dell'Ospedale.

LOAZZOLO (*Alessandria*). — Cercasi interino; stip. L. 551,45, indenn. trasp. L. 73,35, assegno uff. san. L. 34,45, nette; domanda di semplice assunzione al Podestà.

MILANO. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 20 marzo. Concorso, per titoli e per esami, ad un posto di Medico Direttore di Sezioni Dispensariali; stip. L. 14.000 soggetto alle riduzioni e alle trattenute di legge. Obbligo di prestare almeno 18 ore settimanali di servizio non esclusa la domenica. I gruppi delle sedi Dispensariali, ciascuna delle quali comprende un gruppo di Comuni, sono 5. Ai Direttori di Sezioni Dispensariali è vietato l'esercizio professionale soltanto nelle singole circoscrizioni alle quali verranno assegnati. È ammessa però la consulenza anche in tali circoscrizioni, su richiesta del medico condotto. Trasferte. Età limite al 20 gennaio anni 40. Diploma di abilitazione da almeno due anni al 20 gennaio. Tassa L. 50,10. Domanda e documenti alla Segreteria, via Monforte 35.

OSIMO. — (Vedere ANCONA).

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Assistente effettivo dei Reparti Malati di Petto; titoli ed esami; L. 5500 lorde; 2 bienni decimo; medaglie di L. 30 per il servizio di accettaz. e pronto soccorso. Scad. ore 17 del 12 marzo. Età limite 33 a. al 10 feb.; doc. a 3 mesi dalla stessa data. Tassa L. 50,10. Chiedere annunzio.

PRASOMASO (*Sondrio*). — Concorso, per titoli ed eventualmente per esame, ai posti di 1° e 2° Assistente nel *Sanatorio Umberto I.* Età non superiore 35; documenti di rito. Stipendio rispettivamente L. 8000 e L. 7200 al lordo della R. M. Guardie 100 mensili; vitto ed alloggio « ad personam ». Scadenza 28 febbraio 1935-XIII.

SIENA. *Società di Esecutori di Pie Disposizioni.* — Due posti di medico praticante presso l'Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò, a titolo di posti di perfezionamento; indennità di servizio L. 700 mensili nette; indenn. guardie; camera arredata; età limite 30 anni. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria della Società (via Roma 41). Scad. ore 17 del 4 marzo.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Aiuto nella Divisione Otorinolaringoiatrica; proroga al 16 marzo, ore 17,30.

CONCORSI A PREMI.

Società Italiana di Psichiatria.

La Società Italiana di Psichiatria indice due concorsi a premio fra gli studiosi che si siano inscritti alla Società almeno entro il 1935.

In occasione del XX Congresso della Società Italiana di Psichiatria tenutosi in Siena, nell'ottobre 1933, la Società di Esecutori di Pie Disposizioni proprietaria di quell'Ospedale Psichiatrico metteva generosamente a disposizione della Società Italiana di Psichiatria la somma di L. 10.000, affinchè fosse data in premio ad uno o più studiosi, autori di lavori di psichiatria o neuropsichiatria.

La Società Italiana di Psichiatria, bandisce pertanto un pubblico concorso al quale potranno partecipare i cultori delle scienze neuropsichiatriche che siano cittadini italiani. I lavori dovranno riguardare la psichiatria o neuropsichiatria nel campo clinico o in quello anatomo-clinico, biochimico, sperimentale, o in tutti assieme, e dovranno essere scritti in lingua italiana o latina, e inediti o pubblicati non prima del gennaio 1934-XII.

La somma predetta è da assegnarsi, in uno o più premi, detratte le spese per il concorso.

Sarà assegnato un premio di L. 2000 al miglior lavoro di istologia patologica del sistema nervoso, preferibilmente in rapporto alle malattie mentali.

Scadenza per i due concorsi 31 agosto 1935. Per le altre modalità chiedere il bando di concorso. Segretario della Società è il prof. Padovani; presidente il prof. A. Donaggio, direttore della R. Clinica neuro-psichiatrica di Modena.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Società Lombarda di Medicina (Sezione dell'Accademia medica lombarda) ha proceduto al rinnovamento delle cariche sociali; sono stati eletti: presidente il prof. Adolfo Ferrata; vice-presidenti i proff. Carlo Besta e Ferruccio Marcora; consiglieri i proff. Marcello Lusena, Ivo Nasso, Giuseppe Stradiotti, Emilio Veratti; vice-segretario il dott. Luigi Gallone; cassiere il dott. Anton Spartaco Roversi.

Alla Società Lombarda di Chirurgia, su proposta del prof. A. Majocchi, i numerosi soci intervenuti hanno rieletto per acclamazione a presidente il prof. Mario Donati; la Presidenza venne poi così completata: vice-presidente: prof. Fedele

Fedeli; consiglieri: proff. Girolamo Bagozzi, Giov. Battista Lasio, Stefano Lussana, Giuseppe Solaro; segretario generale: prof. Enrico Ettorre; vice-segretario: dott. Giuseppe Rotolo; cassiere: prof. Giuseppe Nogara.

Il prof. G. Costantini, della R. Università di Bologna, è stato nominato membro corrispondente della Société Médicale des Hôpiteaux di Parigi.

La Società Reale di Medicina di Londra ha assegnato la medaglia Jenner a Sir George Buchanan, presidente dell'Ufficio internazionale d'igiene pubblica, vice-presidente del Comitato d'igiene presso la Società delle Nazioni, direttore (ufficiale sanitario principale) dei Servizi sanitari del Regno Unito. La medaglia Jenner è conferita a chi, « mediante i suoi lavori e la sua attività, abbia reso i più eminenti servigi all'umanità ».

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale di microbiologia.

La Società internazionale di microbiologia ha deciso di convocare il suo 2° Congresso a Londra, dal 27 luglio al 1° agosto 1936.

Il Comitato esecutivo è presieduto dal prof. J. C. G. Ledingham; ne è segretario il dott. J. T. Duncan; ne è tesoriere il dott. St. John-Brooks.

Il Congresso sarà diviso in sette Sezioni: 1° Batteri: morfologia, fisiologia, coltivazione; 2° Virus: malattie da virus filtrabili; tumori dal punto di vista sperimentale; coltivazione di tessuti; 3° Batteri e funghi in rapporto alle malattie dell'uomo, degli animali e delle piante; 4° Batteriologia industriale e agricola; 5° Zoologia e parassitologia mediche, veterinarie e agricole; 6° Serologia, immunologia e investigazioni chimiche relative; 7° Chimica microbiologica.

Per informazioni rivolgersi al segretario del Comitato, Lister Institute, Chelsea Bridge Road, London S. W. 1, Inghilterra.

Congresso internazionale dei lavori d'igiene pubblica.

Il Comitato ordinatore si è adunato a Ginevra, sotto la presidenza di Justin Godart. Il prof. Parissot ha riferito sul piano delle informazioni che verranno presentate, da 60 Paesi, sui lavori realizzati in materia d'igiene pubblica. Si è approvato il programma della « Settimana d'igiene pubblica », che il Congresso organizzerà a Ginevra nel giugno 1936.

I lavori saranno inquadrati nel seguente schema: Documentazione internazionale in materia di approvvigionamenti idrici, risanamento ed elettrificazione degli alloggi; Rendimento finanziario ed umano dei lavori d'igiene pubblica; Metodi finanziari che permetteranno di realizzare i detti lavori.

Si ammetteranno comunicazioni d'igiene urbana e rurale, d'igiene alimentare e di politica e tecnica dei lavori d'urbanesimo. Si progetta un'Esposizione.

Il Comitato comprende, oltre al Godart, il sen. De Michelis, Sir Buchanan e il sig. Castro; segretario generale ne è il sig. Mage. Sede: Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni, allée Wilson, Ginevra, Svizzera.

Centro di radio-consultazioni mediche a Roma.

Per iniziativa del prof. Guido Guida si è costituito in Roma un « Centro Internazionale di Radio-Comunicazioni Mediche ».

Lo scopo di tale istituzione è altamente umanitario poichè serve a fornire ai Comandi delle navi mercantili, sprovviste di medico, consigli ed indicazioni di carattere sanitario, qualora vengano richieste in caso di malattie od infortuni occorsi a persone imbarcate sulle navi stesse.

L'istituzione del servizio di cui trattasi è intesa ad integrare l'opera che, con risultati sotto ogni aspetto lodevoli, è stata finora prestata dai medici di navi, richieste, a mezzo radio, di consiglio da altre navi sprovviste di sanitario.

Al Centro di radio-comunicazioni mediche potranno rivolgersi anche navi di Nazioni estere che, come l'Italia, hanno apposita organizzazione radio-medica.

Il sen. Guglielmo Marconi ha accettato la Presidenza onoraria della nuova istituzione a carattere assistenziale.

Il Comitato Direttivo è costituito dai proff.: A. Castellani (senatore del Regno), Antonucci G., Caronia G., Dubinsky A. La Direzione è stata affidata al prof. G. Guida.

Alcuni direttori di clinica del Policlinico di Roma e primari ospedalieri daranno, come consulenti, il proprio concorso all'attività del Centro.

Fondazione di un centro per la lotta antitubercolare a Catania.

La Società Medico-Chirurgica di Catania ha approvato per acclamazione una proposta del prof. G. Di Guglielmo di fondare a Catania un centro per la lotta contro la brucellosi, malattia che desta serie preoccupazioni, per la sua enorme diffusione — specialmente in Sicilia — e per la gravità dei danni economici che arreca.

Per attuare un piano di lavoro, la Presidenza della Società Medico-Chirurgica ha nominato una Commissione composta dai sigg.: prof. F. A. Foderà, presidente della Soc. Med.-Chir.; prof. G. Di Guglielmo, direttore della Clinica Medica; prof. P. Redaelli, direttore dell'Istituto di Anatomia Patologica; prof. A. Alessandrini, direttore dell'Istituto d'Igiene; comm. R. Ronca, medico provinciale; prof. S. Fichera, segretario Sindacato medici; dott. Previtera, ufficiale sanitario; dott. Palazzolo, veterinario provinciale.

Alla Clinica Medica di Catania, diretta dal prof. G. Di Guglielmo, il Consiglio Nazionale delle ricerche ha assegnato la somma di L. 10.000 per ricerche sulla vaccinoterapia nella infezione melitense.

Un po' dovunque.

L'« Opera Nazionale per la Protezione ed Assistenza degli Invalidi della Guerra » ha diramato alle Rappresentanze Provinciali una circolare, numero 294, in data 26 gennaio, sulle « Norme per l'assistenza sanitaria »; ne daremo ampia notizia nel prossimo numero.

La « Gazzetta Ufficiale » ha pubblicato un decreto ministeriale in data 22 dicembre, concernente la classificazione di 44 stazioni di cura, soggiorno e turismo.

Il 35° Congresso dell'Associazione francese d'urologia si aprirà a Parigi, nella Facoltà di medicina, il 7 ottobre, sotto la presidenza di Thévenot (Lione). Tema: Influenza della gestazione sull'apparecchio escretore del rene; relatore: de Beaufond (Parigi). Segretario generale: Louis Michon, boulevard des Invalides 34, Paris VIIe, Francia.

La 3ª Riunione annua della Federazione delle Società mediche d'Algeria, Marocco e Tunisia si terrà ad Orano dal 10 al 12 aprile, sotto la presidenza di J. Abadie (Orano). Tema: « La malattia idatidea nell'Africa del Nord ».

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 4 e il 18 gennaio, sotto la presidenza del prof. M. Donati. Furono fatte comunicazioni da: A. Peroni, L. Mucchi, B. Austoni - G. Coggi; A. Ratti - C. Picchio, R. Fumagalli, G. Galli.

La 14ª assemblea nazionale della Federazione medica di Cuba si è tenuta in dicembre a Cárdenas.

Nella R. Università di Bologna, presso l'Istituto di Igiene, si terrà dal 1° aprile al 31 maggio un Corso bimestrale di perfezionamento in Igiene e Batteriologia per aspiranti Ufficiali sanitari, direttori di Laboratorio micrografico, batteriologico ecc. Modalità consuete. Rivolgersi alla Direzione dell'Istituto o alla Segreteria dell'Università, via Zamboni 33.

Nella Clinica oto-rino-laringologica di Monaco in Baviera, Sezione per i malati della voce e del linguaggio, si terrà un corso sulla fisiologia, la patologia e la terapia della voce parlata e cantata, dal 25 al 30 marzo, affidato al direttore della Sezione, prof. Nadoleczny (Poliklinik, Pettenkoferstr. 8a, München 2 SW).

Il commissario federale dei medici della Germania, dott. Wagner, considerando che l'insegnamento medico post-universitario debba essere riordinato e sotto unica direttiva, vi ha preposto il dott. Blome, al quale sono da richiedere tutte le notizie relative a detto insegnamento; indirizzo: Lindenstrasse 42, Berlin SW 19.

È ritornata dall'Eritrea la spedizione organizzata dall'Istituto Sieroterapico Milanese d'accordo col Ministero delle Colonie e con la Direzione generale della sanità pubblica, per lo studio dei serpenti velenosi della Colonia e la preparazione di sieri antiofidici.

L'on. Bruno Biagi ha visitato la sede milanese dell'Istituto nazionale fascista della previdenza sociale, alla presidenza del quale egli è stato di recente chiamato dalla fiducia del Capo del Governo, e il grande Ospedale Sanatorio di Vialba, che accoglie oltre 1000 ammalati assistiti in regime assicurativo e che è amministrato dall'Istituto stesso.

Ad un'Esposizione coloniale organizzata in Oporto hanno avuto molta parte la medicina e l'igiene; specialmente cospicua è stata la collezione della Direzione dei servizi di sanità delle colonie; notevoli anche le collezioni della Scuola di medicina tropicale e dell'Istituto anatomico di Oporto.

Per decisione del Consiglio amministrativo dell'Ospedale degli Infermi di Biella, si è intrapresa la costruzione di un nuovo blocco ospedaliero, a sette piani, il quale, fra opere murarie ed impianti sanitari, importerà la spesa globale di 8 milioni di lire.

La « Lega per la costruzione di ospedali evangelici », costruisce a Interburg un nuovo ospedale capace di 150 letti.

Il sig. Giuseppe Lorenzini, deceduto a Suzzara, ha lasciato oltre 5 milioni in favore della Congregazione di Carità del Comune, per opere varie di beneficenza.

La N. D. Isabella Arrivabene ved. Fenili, nativa di Canneto sull'Oglio, deceduta in una casa di cura di Brescia ha disposto affinchè tutti i suoi beni, escluso qualche legato, rimanessero alla Congregazione di Carità di Canneto sull'Oglio. Il patrimonio si può calcolare di oltre un milione fra beni stabili e titoli di Stato.

Il dott. Watry è chiamato, dalla Commissione d'assistenza pubblica di Bruxelles, alla direzione dell'Istituto dentario Giorgio Eastman di questa città. Siccome il posto è « a tutto tempo », il Watry si è dimesso dalla direzione della Scuola dentaria belga, ove egli aveva dato prove di abnegazione e di spirito organizzativo. Si recherà negli Stati Uniti, per rendersi bene edotto dei *desiderata* dal fondatore.

Il Ministro inglese dell'aria ha pubblicato le nuove norme per l'esame medico di idoneità degli aviatori. Speciale attenzione viene rivolta all'acutezza visiva.

Il prof. Leonildo Ribeiro, di Rio de Janeiro, ha tenuto una conferenza a Parigi ed una a Torino, trattando « la patologia delle impronte digitali » e « lo studio biologico dei criminali nel Brasile ».

Il prof. Luigi Califano ha tenuto a Bari la sua prolusione al corso di patologia generale, trattando magistralmente il tema: « Nuove vedute sul metabolismo dei batteri ».

Si è pubblicato il primo fascicolo della rivista internazionale « Cosmobiologie », destinata allo studio delle scienze concernenti le relazioni tra l'universo e la vita; esso è presentato da Laignel-Lavastine, della Facoltà medica di Parigi; comprende 9 contributi originali e varie recensioni. Un supplemento è consacrato alla memoria dei coniugi Curie, di P. Blum e di A. Nodon. La periodicità è trimestrale. L'abbonamento annuo importa 35 franchi per la Francia, 40 per le altre Nazioni; 10 franchi per i supplementi. Scrivere a « Cosmobiologie », rue Verdi 24, Nizza.

La « Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia » di Napoli (18, S. Felice a Piazza Dante) organizza dal 6 al 14 maggio un viaggio medico-turistico a Vienna e Budapest. Si partirà il 6 maggio alle 7 da Venezia; ritorno a Venezia. La quota individuale di partecipazione per medici e loro familiari è di L. 920, ridotta a L. 750 per coloro che, godendo di speciali riduzioni sul percorso ferroviario italiano, si provvederanno a loro spese del relativo biglietto fino al confine e viceversa. Per coloro che non usufruendo di alcuna speciale riduzione, faranno capo a Venezia, saranno svolte pratiche per ottenere riduzioni ferroviarie. Versare al più presto la tassa di inscrizione in L. 100 (compresa nella quota) ed il resto 10 giorni prima dall'inizio del viaggio.

La levatrice Palma Beatrisini e il dott. Umberto Bosio, residenti a Montalciata (Novara), sono stati denunziati per rifiuto di assistenza a una partoriente; secondo la denunzia, la levatrice intendeva di essere accompagnata dal medico e questi rifiutò di muoversi; non si potè ottenere l'assistenza di una levatrice residente in un comune vicino, perchè infortunata; la partoriente dovette essere trasportata d'urgenza all'ospedale di Biella.

ITALO MENATTI

Tutte le gerarchie coloniali, dal Governatore S. E. il Maresciallo Italo Balbo, al più modesto impiegato e cittadino hanno tributato al dott. Italo Menatti, che era decorato dalla medaglia di bronzo dei benemeriti della salute pubblica e che è morto all'alba del 5 febbraio nell'Ospedale di Tripoli, degne esequie, come al soldato che muore in combattimento. E tale è stato chi è rimasto vittima della « Ricketsia Prowazeki » come fu chiamato il parassita in memoria delle due vittime della scienza, che lo studiarono nei pidocchi del tifo petecchiale, malattia rarissima per fortuna nella nostra colonia, per le provvidenze igieniche energiche volute dal nostro Regime.

La morte del camerata Italo Menatti nobilita, se ce ne fosse bisogno, ancor più, insieme con gli altri caduti in guerra e in pace, la nostra professione. Come ben disse il rappresentante del Governo Coloniale, davanti alla salma lagrimata, presente il genitore, il dott. Menatti sprezzò il pericolo perchè seguitò, finchè le forze lo sorressero, la sua nobile opera, adempiendo il mandato assegnatogli in quei giorni dalle Gerarchie Sanitarie.

Italo Menatti dopo aver superato tutti gli esami brillantemente del 1° triennio nell'Ateneo di Pavia, si iscrisse nell'Università di Roma dove nel 1923 conseguì la laurea col massimo dei voti ed il premio Girolami. Nel 1924 dopo aver seguito il corso di patologia e clinica coloniale nella R. Università di Bologna, superandone tutti gli esami ed ottenendo il diploma di medico coloniale, ritornò in Roma, dove, dopo qualche anno di frequenza dei corsi della ormai gloriosa scuola ospedaliera, conseguì, riuscendo fra i primi in graduatoria, il posto di sanitario nella nostra colonia Libica, dove si recò con entusiasmo a prestar servizio in diverse località, ultima Sliten, dove contrasse la fatale infezione, che doveva condurlo a morte in soli nove giorni.

Il dott. Menatti fu sempre apprezzato come medico, come cittadino e come collega. Unico figlio maschio di un distinto medico Valtellinese, avrebbe potuto ottenere facile successo e menare comoda vita vicino al padre suo ed alla mamma sua ed ai suoi intimi congiunti che l'adoravano, ed invece preferì la vita dura coloniale, immolandosi e restituendosi a quella terra africana, che lo aveva visto nascere e vagire essendo egli nato trentadue anni or sono in Tunisia.

A me che lo conobbi come congiunto e lo ebbi studente conscio della serietà e difficoltà delle nostre discipline e come collega alieno da ogni idea di facile arrivismo, sia permesso affermare che egli ebbe un'anima eletta. È un mistero psicologico del perchè l'Africa attragga anche tante anime elette e le avvinca a sè anche quando esse non vadano in cerca di fortuna!!...

P. Mariconda.

Si è spento a Piedemonte d'Alife (Caserta), suo paese nativo, il ten. gen. medico della R. Marina in P. A. comm. Giovanni Petella, in età di 76 anni. Era molto apprezzato per la vasta e soda coltura, per il valore professionale, per la capacità organizzativa.

M. P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Gaz. d. Hôp., 28 nov. — H. Roger. Le complicazioni nervose della melitococcia. — 1 dic. J. Odinet. L'ipertrofia del timo.

Acta Med. Scand, 27 nov. — E. Mogensen. Il ferro nel trattam. dell'anemia pern. — C. Holten e al. Agranulocitosi da amidopirina. — S. Dreganesco e E. Façon. Disturbi nervosi nell'influenza. — F. Leiri. Azione dell'aria ionizzata unipolare. — R. Bárány e P. Kallós. Il reumatismo muscolare come malattia allergica.

Med. Welt, 1 dic. — P. Uhlenhuth. Sieroterapia e sieroprofilassi. — H. Stappert. Sifilide recente attiva con siero negativo.

Giorn. di Clin. Med., 20 nov. — V. Pennati. Corpi di Auer nelle leucemie acute. — M. Sella. Comparsa d'un infiltrato precoce tbc. nel decorso di una febbre ondulante.

Clin. Med. It., nov. — A. Fraten. Sifilide in 10.000 autopsie. — F. Marcolongo. Patologia dell'acido ossalico.

Journ. des Praticiens, 1 dic. — G. Marion. La febbre negli urinari.

Arch. Roum. de Path. exper. ecc., sett. — A. Slatineanu e al. Turbe metaboliche nella pellagra.

Chir. d. Org. di Mov., ott. — F. Perricone. Coxalgia cotiloidea. — G. Mancini. Esiti lontani della cura sanatoriale nella tbc. osteo-artic. — M. Paltronieri. Tbc. osteo-artic. e tbc. pleuro-polm.

Riforma Med., 24 nov. — L. Cannavò. Virus bottonoso siciliano.

Journ. Méd., nov. — Numero sul kala-azar in Francia.

Paris Méd., 1 dic. — Numero di terapia.

Practitioner, dic. — Lavori sulle ernie.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., nov. — C. F. Flushman. La natura degli ormoni stimolanti le ovaie. — L. A. Emge. Influenza della gravidanza sullo sviluppo dei tumori.

Sperimentale, ott. — R. Pazzagli. Comportamento dei riflessi di origine periostea ed articolare in vari tipi di anestesia chirurgica. — G. Patrassi e E. Macchioni. Il quadro nucleare neutrofilo nell'età senile. — A. Triggiani. Tumori mesenchimali di tipo immaturo primitivi della cistifellea.

Revue de Chir., nov. — N. Konkine. Endoarterite obliterante. — G. Bonnet e Du Bourgnuet. Rachisintesi.

Wien. Klin. Woch., 7 dic. — Feller. Trombosi ed embolia.

Klin. Woch., 8 dic. — H. Etzel e A. Lorser. Inibizione dell'attività della tiroide mediante sangue animale. — H. Lippelt e C. Heller. Azione delle onde corte sui batteri.

Bull. Ac. de Méd., 27 nov. — M. Loeper e al. Sindrome istaminica d'origine intestinale. — Dutrey e H.-P. Chabannes. Sieroterapia di streptococciemia. — L. Piton. Veleni, vipere e cancro.

Presse Méd., 8 dic. — M. Loeper e al. La crisi d'imidazol in certe malattie.

Brit. Med. Journ., 8 dic. — A. B. Duel. Trattamento operativo della paralisi facciale.

Lancet, 8 dic. — J. A. Ryle. L'ideale ippocratico. — A. M. Cooke. Sintomatologia dell'ipoglicemia insulinica.

Ann. di Ost. e Gin., 30 nov. — E. Momigliano. Aborto radiologico. — G. Garrasi. Viziature pelviche: prognosi e terapia.

Chinese Med. Journ., sett. — Numero sull'oftalmologia.

Mediz. Klinik, 7 dic. — H. Schur. Nuovi problemi sul diabete m.

Deut. Med. Woch., 7 dic. — Petow. Condizionamento costituzionale dell'allergia.

Amer. Med., nov. — G. M. Bruce. Torcicollo oculare. — I. D. Shorell. Trattam. della sordità.

Rif. Med., 1 dic. — G. Castronuovo e A. Geracitano. La melanina e l'emozoina malarica.

Arch. It. di Chir., nov. — P. Cazzamalli. La pressione osmotica post-operatoria. — F. Niosi. Laringectomia totale per cancro.

Croce Rossa, sett.-ott. — Numero sulla malaria.

Revue Neur., nov. — A. Souques e J. Bertrand. Neurite ipertrofica progressiva dell'infanzia.

Presse Méd., 12 dic. — A. Touraine e B. Ménétrel. Il carbone intravenoso antiinfettivo. — 15 dic. H. Bordier. Reazioni paradossali in biologia.

Deut. Med. Woch., 14 dic. — J. H. Schultze. Psiche e allergia.

Riv. San. Sicil., 1 dic. — F. Nicoletti. L'avvelenamento per chinina.

Sang, 9. — M. Douleine e E. Bondarenka. Meccanismo d'azione dell'organoterapia nell'anemia di Biermer. — H. Gounelle e L. Chaudre. L'anemia ipocromica cronica idiopatica.

Ann. Inst. Pasteur, dic. — M. A. Macheboeff e al. Antigeni fissatori dei bacilli tbc.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 1 dic. — Numero sulle malattie cutanee.

Amer. Journ. Med. Sc., dic. — R. C. Larrabee. Splenomegalia cronica congestizia e suoi rapporti col m. di Banti. — K. K. Chen e al. Antidoti nell'avvelenam. da cianuri. — P. Salomon e C. D. Aring. Cause del coma. — J. E. Faber. Condizione emorragica familiare simulante l'emofilia e la porpora emorr.

Rif. Med., 8 dic. — A. Arrigoni. Possibilità di una diagnosi elettrocardiografica dell'infezione reumatica.

Rinasc. Med., 15 dic. — E. Folchi. Tbc. polm. e gruppi sanguigni.

Accad. Med., dic. — A. Cabitto e C. Rosso. Sulla genesi degli anticorpi.

Klin. Woch., 22 dic. — F. Brugsch e E. Hofer. Rapporti tra acqua pesante e leggera nell'organismo. — G. Török e L. Neufeld. Acido ascorbinico.

Paris Méd., 15 dic. — Numero di ginecologia e ostetricia.

Ann. de Méd., nov. — Numero di neurologia.

Presse Méd., 22 dic. — E. Benhamou e R. Arbecanis. La tbc. polmonare nei malarici.

Med. Welt, 22 dic. — R. Schimrich, A. Slanek. Sclerosi multiple.

Riforma Med., 15 dic. — E. Caldarera. La triade sieroematologica di Maurizio Ascoli per la diagnosi dei tumori maligni. — A. Filippi. Trattam. incruento della calcolosi ureterale.

Presse Méd., 28 dic. — M. Nageotte-Wilbouchewitch. Influenza teratogena delle minacce d'aborto.

Brit. Med. Journ., 22 dic. — L. S. P. Davidson e al. Il morbo di Weil (leptospirosi).

Riv. It. di Ginec., Supplem. al vol. XVII. G. Abruzzese. La predisposizione costituzionale ai tumori degli organi genit. della donna.

Wien. Klin. Woch., 28 dic. — Reitter e Löwenstein. Bacillemia tubercolare sulla poliortrite acuta.

Arch. Ist. Bioch. It., nov. — E. Momigliano. Ricambio dell'ac. fosforico nel sangue della donna gravida. — L. Gobbi. Tumori della granulosa ovarica.

Presse Méd., 29 dic. — W. Berardinelli. Iperinsulismo e ipoglicemia nel corso di un adenocarcinoma del ancreas. — M. Guy. L'evipan solido.

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII — Roma, 4 Marzo 1935 - XIII — Num. 9

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA
OSPEDALE S. GIOVANNI - OSPIZIO UMBERTO I
Primario: prof. LAURENTI.

Aurodermoreazione ed auroterapia nella tubercolosi polmonare.

La sensibilità cutanea ai sali d'oro come guida alle indicazioni della auroterapia nella t. b. c. polmonare (1)

per i dottori G. CHIUCINI, aiuto
e A. ARADAS, assistente.

Il medico pratico che volesse rendersi esatto conto attraverso la letteratura dello stato attuale della crisoterapia nei malati di t.b.c. polmonare affronterebbe un problema di difficile soluzione. Egli troverebbe più facile orientamento se — guidato dai pochi elementi che appaiono meno discordi in questo sistema di cura — acquistasse quella conoscenza e pratica personale necessarie in un argomento così delicato e che presenta sotto molteplici aspetti ancora tanti punti discutibili. Anche con questa pratica però, convalidata sia pure da una certa esperienza di medicina generale, indispensabile in ogni ramo anche specialistico, non si potrebbe considerare al sicuro di eventuali incidenti o insuccessi. Perchè esclusi quei pochi principi sui quali sembra quasi unanime l'accordo (dosi piccole, controindicazioni nelle forme marantiche e cachettiche, nelle complicazioni viscerali) quanta discordanza di giudizi ancora in tema di auroterapia! Se le forme tubercolari ritenute più adatte per l'impiego dei sali di oro si considerano dai più quelle sub-acute o acute recenti evolutive, e gli episodi acuti nelle forme fibro-caseose croniche (Campani) altri (Fabri) prediligono le forme croniche subfebbrili, quelle sclerosanti o torpide e lentamente evolutive. E non è necessario di scorrere molta letteratura sull'argomento per notare tante divergenze. Basta osservare qualche articolo dei più recenti, ed il resoconto dell'VIII conferenza dell'Unione Internazionale della lotta contro la t.b.c. « La crisoterapia è utile nelle forme t.b.c. acute circoscritte sia primitive che secondarie, nelle croniche circoscritte a lento decorso, nelle for-

(1) Il piano e la redazione del lavoro spettano al dott. CHIUCINI; l'esecuzione delle ricerche in parti eguali ai due AA.

me polmonari a tipo essudativo (Giordano); nelle forme benigne iniziali (Saje), nelle manifestazioni evolutive con lieve stato sub febbrile (Bocchetti), nelle fibrocaseose croniche, essudative recenti, essudative produttive interstiziali sub-acute circoscritte (Stanganelli), essudative lobulari evolutive che non sono favorevolmente influenzate dalle cure sanatoriali e per le quali non si è potuto applicare la collassoterapia, e nelle forme essudativo-produttive (Carpi); medicina efficacissima ottima nella quasi totalità dei casi purchè si tratti di casi iniziali, anzi preiniziali (Cherubini); nei casi di tbc. recenti rimontanti a meno di 6 mesi (Knud-Faber). La crisoterapia è stata efficace in tutti i casi di tbc. non curati col pneumotorace o altro metodo chirurgico ad eccezione di tutti quelli nei quali era rigorosamente controindicata (Burrel S. T.). Senza aggiungere poi quegli autori che dopo pratica personale si schierano contro questa terapia o la considerano incerta (Fici, Cinquemani). Seguendo però le idee di coloro che in un problema così discusso sembrano più equilibrati e sereni nel giudizio definitivo e la nostra esperienza di alcuni anni è innegabile che esistono delle forme, anzi noi precisiamo dicendo dei casi, di tubercolosi polmonare che si avvantaggiano con l'oro in modo inequivocabile. Ma quali possono essere queste forme è difficile precisare. Infatti l'elevata discussione che all'VIII Congresso contro la tbc. fu fatta da eminenti personalità sulla auroterapia, pur avendo portato un alto contributo nell'argomento non valse a dirimere il nucleo più importante che è quello più ricco di imprevisti: le indicazioni. È questo il punto più importante dell'auroterapia su cui siamo ancora lungi d'aver raggiunto l'accordo. Chi come noi ha largamente applicato tale metodo sa che non ostante i suggerimenti clinici da vari ricercatori segnalati, e la rigorosa osservanza delle norme per l'applicazione della cura, norme riguardanti le dosi, gli intervalli fra una iniezione e l'altra, la scelta del preparato più opportuno, ci si trova talvolta di fronte a casi di assoluta intolleranza anche quando clinicamente essi rientravano del tutto nel quadro delle indicazioni, di quelle indicazioni ritenute almeno dai più le meno incerte. *Quindi non forme di tubercolosi polmonare che si avvantaggiano con l'oro, ma soltanto singoli casi e singolarmente in precedenza scelti.* Del resto questa nostra espressione trova sicuro e perfetto riscontro in altre precedentemente apparse in tema di auroterapia della tbc. polmonare. Ad es.: « pur tuttavia talora l'apparizione di accidenti cutanei può essere legata anche alla somministrazione di una piccola dose di un sale aureo dato in una sola volta: in tali casi è ovvio pensare all'esistenza di particolari condizioni di intolleranza insite nell'organismo » (Marabottini Marabotti). « Poichè l'intensità della reazione del mesenchima allo stimolo aurico varia da individuo ad individuo fino alla refrattarietà si spiega come l'auroterapia possa considerarsi una sorta di terapia costituzionale ed una terapia della individualità. Occorre quindi una rigorosa individualizzazione nella scelta dei pazienti, nel formulare la prognosi, nello stabilire le dosi e nella scelta dei metodi di cura combinati » (Stanganelli). « La crisoterapia con i preparati attuali messi in commercio deve essere applicata con grande prudenza sopratutto in considerazione che anche le piccole dosi possono darci inconvenienti dovuti alla eccessiva sensibilità al medicamento presentata da non pochi infermi. Occorre seguire comunque una tecnica precisa, prudente e perfettamente aderente al caso trattato in rapporto alla sua individualità costituzionale, clinica, biologica, sopratutto dal punto di vista reazionale » (Bocchetti).

Intesi in questo ordine d'idee riguardanti la individualizzazione nella scelta dei pazienti di tbc. polmonare noi per primi abbiamo pensato di saggiare la sensibilità cutanea ai sali d'oro quale guida alle indicazioni della auroterapia nella tbc. polmonare.

E perciò noi abbiamo sottoposto alla prova della intradermoreazione all'oro un gruppo di 20 inferme di tbc. polmonare la maggior parte delle quali ritenevamo poter beneficiare con questo sistema di cura. Buona parte di queste ammalate erano in discrete condizioni di nutrizione e fra queste figura qualcuna in ottimo stato generale, mentre fra le rimanenti in minor numero, che pur presentavano una forma tbc. polmonare a tipo evolutivo, nessuna era in condizioni di aggravamento tale da essere ritenuta non adatta alla cura da praticare.

La prova è semplicissima e consiste nello iniettare nel derma 1 milligrammo del preparato d'oro ritenuto il più adatto al singolo caso. Per le nostre inferme ci siamo serviti del fosfocrisolo e nei risultati di queste auro-dermo-reazioni noi distinguiamo delle reazioni fortemente positive (+ + +) caratterizzate dalla comparsa di una zona arrossata ed infiltrata a limiti netti non o poco dolente che compare subito o dopo qualche ora, si accompagna o no a lieve risentimento termico, persiste alcuni giorni e può lasciare una lieve pigmentazione cutanea; delle reazioni positive (+ +) in cui la reazione cutanea è simile alle reazioni precedenti ma meno marcata e sen-

za risentimento generale; delle reazioni debolmente positive (+) quando appare una zona di arrossamento senza infiltrazione evidente che tende a dileguarsi entro 24 ore; ed infine delle reazioni negative (—) ove resta solo evidente la traccia della puntura cutanea. Noi riteniamo che non esistano delle intradermoreazioni dubbie ai sali d'oro ma solo reazioni negative o positive e fra queste ultime la positività diversa caso da caso varî dalla piccola chiazzetta di arrossamento, o dal piccolo bottoncino d'infiltrazione (reazioni debolmente positive) fino alla infiltrazione con arrossamento, risentimento generale ecc. che distingue le reazioni fortemente positive.

I dati riguardanti ogni ammalata figurano nelle due tavole seguenti A e B: la tavola A riporta le inferme con aurodermoreazione positiva, la tavola B quelle con aurodermoreazione negativa; inoltre le due tavole contengono i risultati delle cutireazioni alla tubercolina praticate qualche giorno prima delle aurodermoreazioni, e il comportamento delle ammalate in confronto alla crisoterapia. Alle tavole segue in succinto la storia e lo stato della inferma n. 6, che abbiamo ritenuto utile riferire data la reazione così caratteristica e dimostrativa che presentò all'inoculazione intradermica di un milligrammo di oro.

TABELLA *A*.

1. Niccolina C.: aurodermoreazione +; cutireazione Pirquet —. 20 anni, malata da circa tre mesi: broncopolmonite lobo superiore e medio di destra. È in cura pneumotoracica, febbre 38°,2-38°,5. Si inizia una cura aurea con fosfocrisolo e si sospende dopo 3 iniezioni per l'accentuarsi della febbre ad ogni iniezione.

2. Elisa I.: aurodermoreazione + +; cutireazione Pirquet —. 20 anni, ammalata da 11 mesi. Broncopolmonite a focolai disseminati, febbre 37°,3-37°,5. 2 endovenose di crisalbina da gr. 003. Si sospende per l'accentuarsi della febbre ad ogni iniezione.

3. Antonia A.: aurodermoreazione + +; cutireazione Pirquet —. 24 anni, ammalata da 4 mesi, broncopolmonite a focolai disseminati, febbre continua 38°-38° 1/2. 2 iniezioni di crisalbina da gr. 003. Si sospende la crisalbina per l'accentuarsi della febbre e dei fatti umidi.

4. Vincenza S.: aurodermoreazione + +; cutireazione Pirquet +. 22 anni, ammalata da 6 mesi. Broncopolmonite disseminata; temperatura 38° 1/2. Ha fatto in passato 5 iniezioni di Solganal al 2 %. Riprende con la crisalbina a piccolissime dosi, la temperatura non subisce modificazioni apprezzabili, lo stato si mantiene stazionario.

5. Liduina S.: aurodermoreazione + +; cutireazione Pirquet + +. 40 anni, ammalata da 9 mesi, bilaterale fibroso-essudativa. Ha un episodio acuto con temperatura 38°, 1/2-39°. Si sospende il fosfocrisolo dopo 3 iniezioni per l'accentuarsi della temperatura.

6. Vittoria Z.: aurodermoreazione + + +; cutireazione Pirquet + +. Vedi storia ed esame obiettivo a pag. 9.

7. Rosaria S.: aurodermoreazione + +; cutireazione Pirquet + +. 32 anni, ammalata da 7 anni, bilaterale a tipo fibroso con febbre continua 37°,3-37°,5. Si sospende alla 4ª di crisalbina per la febbre più alta, aumento della tosse, dell'espettorato e dei fatti umidi.

8. Eufelia P.: aurodermoreazione + +; cutireazione Pirquet + +. 29 anni, ammalata da sei anni. Bilaterale prevalentemente fibrosa; piccola escavazione nel sottoapice destro, temperatura alla sera 37°,2-37°,5, in passato forte reazione febbrile alle dosi alte di neocrisolo. Ora sopporta discretamente il Solganal al 2 %. E ancora alla 6ª iniezione molto distanziata.

9. Barbara R.: aurodermoreazione + +; cutireazione Pirquet + + +. 29 anni, ammalata da 2 anni, bilaterale a tipo essudativo, febbre 37° 1/2-38°. Sospeso il fosfocrisolo alla 3ª iniezione (0,05) per l'accentuarsi della febbre e dei fatti umidi.

10. Maria M.: aurodermoreazione + +; cutireazione Pirquet + + +. 22 anni, ammalata da tre anni, bilaterale, prevalentemente fibrosa, temperatura discontinua lievissima. Ha praticato con beneficio la serie di fosfocrisolo ma alle ultime due dosi (15ª e 16ª iniezione, gr. 0,10) febbre più alta e poi subittero durato 15 giorni, dolori addominali.

11. Domenica P.: aurodermoreazione + +; cutireazione Pirquet + + +. 22 anni, ammalata da un anno, pneumotorace destro terapeutico per un processo produttivo lobo superiore, apirettica. Alla 1ª iniezione di fosfocrisolo (0,01), temp. 38° e cefalea. Ha dovuto distanziare molto le iniezioni e le continua a dose piccolissime ogni 12-15 giorni.

12. Silvana D.: aurodermoreazione + + +; cutireazione Pirquet + + +. 25 anni, ammalata da 1 anno, essudativa bilaterale evolutiva, febbre 38°. Ha sospeso la cura aurea dopo 2 iniezioni di neocrisolo per l'accentuarsi della febbre.

TABELLA *B*.

1. Cristina P.: aurodermoreazione —; cutireazione Pirquet +. 16 anni, ammalata da 5 mesi bilaterale disseminata essudativa, febbre continua 38°-39ª, 3 iniezioni di crisalbina, buona tolleranza.

2. Gabriella C.: aurodermoreazione —; cutireazione Pirquet +. 24 anni, ammalata da 4 anni, forma fibrosa e proliferativa destra, frenicectomia destra pregressa. Pneumotorace terapeutico destro parziale. Febbre 37°,5 discontinua. Ha fatto cure auree nel 1931 e 1932 con notevole miglioramento; 20 iniezioni di fosfocrisolo le terminò nel marzo u. s., pure con miglioramento.

3. Elisa B.: aurodermoreazione —; cutireazione Pirquet —. 19 anni, ammalata da due mesi, forma infiltrativa circoscritta al lobo superiore sinistro. Poco dopo il suo ingresso alla fine di luglio ebbe pleurite essudativa sinistra con febbre alta. Allora fu eseguita la aurodermoreazione e la cutireazione alla tubercolina. Attualmente il versamento pleurico si è riassorbito ed è senza febbre. Condizioni buone. Ha fatto 4 iniezioni di crisalbina tollerandole bene.

4. Guglielmina N.: aurodermoreazione —; cutireazione Pirquet + +. 20 anni ammalata da 2

anni. Nel dicembre del 1932 tollerò bene 12 fiale di crisalbina. Forma catarrale disseminata nei due terzi superiori del polmone destro. Ha fatto 16 iniezioni di Solganal al 20 % con discreto miglioramento e buona tolleranza.

5. Rosaria P.: aurodermoreazione —; cutireazione Pirquet + +. 21 anni, ammalata da 2 mesi, processo catarrale a lenta evoluzione a destra, tollera bene la crisalbina.

6. Emma F.: aurodermoreazione —; cutireazione Pirquet + +. 27 anni, ammalata da 5 anni. Forma bilaterale essudativa con complicazione laringea. Nel 1931 2 serie di neocrisolo fino a gr. 0,40, evidente miglioramento, recentemente 18 iniezioni di fosfocrisolo fino a gr. 0,10 terminate in luglio. Aurodermoreazione eseguita in settembre.

7. Edwaide T.: aurodermoreazione —; cutireazione Pirquet +. 22 anni, ammalata da 2 anni. Bilaterale fibrosclerotica. Ha fatto con miglioria un ciclo di iniezioni di fosfocrisolo da gr. 0,01 fino a gr. 0,10. Evidente miglioramento, scomparsa l'afonia.

8. Maria G.: aurodermoreazione —; cutireazione Pirquet —, 45 anni, ammalata da un anno, forma essudativa destra febbrile evolutiva. Dopo il pneumotorace, notevole miglioramento e scomparsa della febbre. Ha tollerato bene 4 iniezioni di crisalbina.

Storia ed esame obiettivo dell'inferma n. 6, Vittoria B., di 16 anni, sarta. Nulla nel gentilizio e nei collaterali. Penultima genita di 4 gravidanze a termine. Due sorelle ed un fratello viventi e sani. Ha condotto sempre vita buona. Da piccola morbillo. Funzioni mestruali normali da 13 anni. Sempre bene fino al gennaio u. s. In quell'epoca disappetenza, stanchezza, dolori lievi alla spalla destra, e dopo qualche settimana una sera febbre con brivido che raggiunse in poche ore 40° e si protrasse in modo continuo con lievi remittenze (1 c.) mattutine per circa 20 giorni. Nello stesso periodo deperimento, tosse, espettorato discreto. Dopo pochi giorni di apiressia nuova ricaduta con le medesime caratteristiche durata circa 10 giorni.

Ricoverata al 4° padiglione del Policlinico fu riscontrato un processo tbc. a carico del lobo superiore destro ed espettorato positivo per il bacillo di Koch. Il 12 febbraio pur essendo l'inferma senza febbre ed in condizioni migliorate fu iniziato un pneumotorace destro che fu rifornito in seguito circa 20 volte con introduzioni che oscillavano dai 400 ai 500 cmc. di gas. Rimase in padiglione sei mesi durante i quali crebbe di circa 3 kg. mentre la tosse e l'espettorato diminuivano sensibilmente fin quasi a scomparire del tutto. Durante tale periodo di degenza la temperatura saltuariamente aveva delle modeste elevazioni alla sera. Trasferita in sanatorio il 25-VIII-1934.

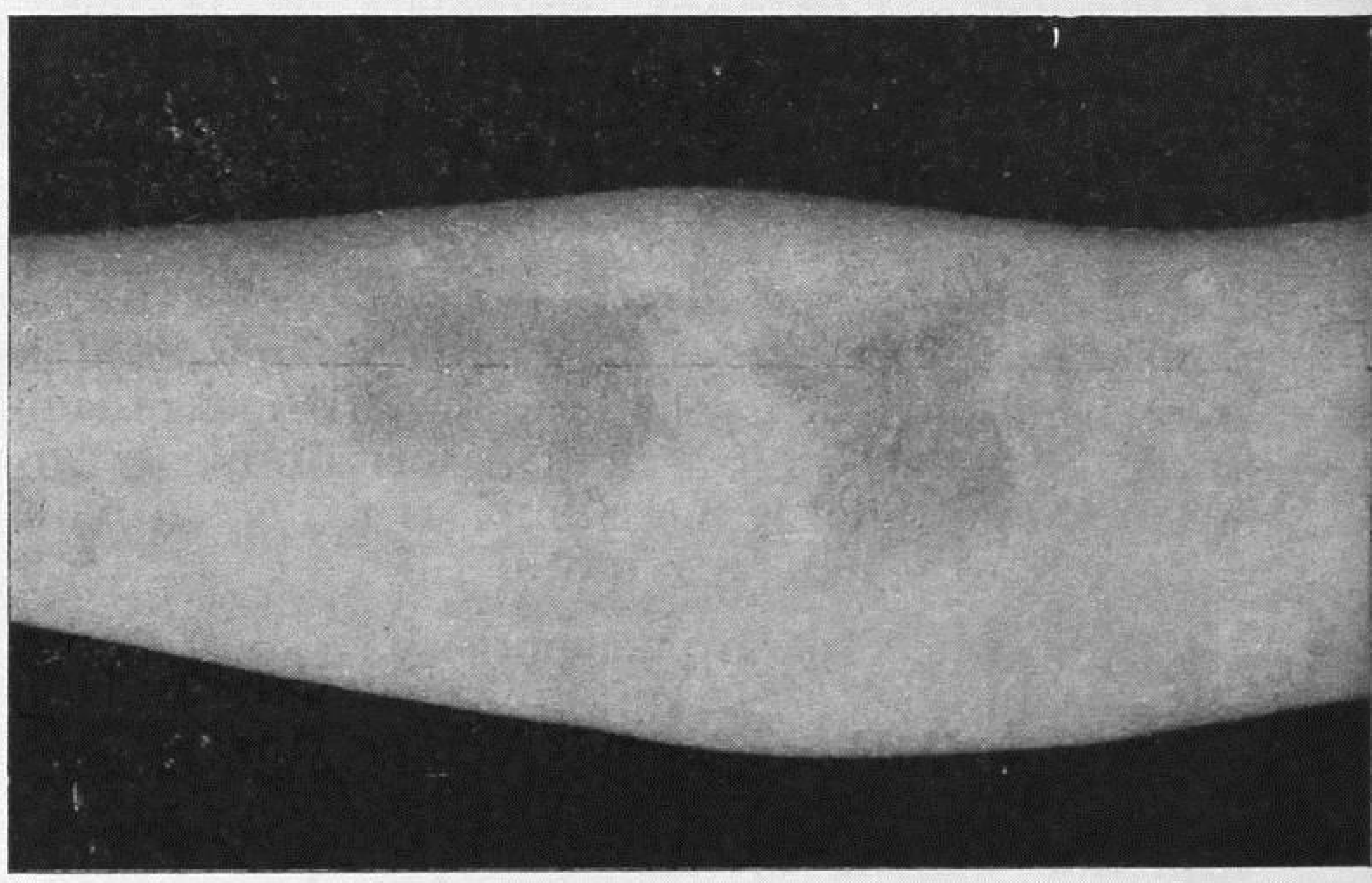
Status. — Condizioni buone. Ottimo lo stato della nutrizione e della sanguificazione. Nulla agli apparati linfoghiandolare, muscolare, scheletrico, e cardiovascolare. Il torace è ben conformato e simmetrico. Alla percussione si rileva un suono un po' più alto nel terzo superiore dell'emitorace destro. Nulla a sinistra. All'ascoltazione a destra murmure debole su tutto l'ambito con qualche crepito inspiratorio nei due terzi superiori. Nella regione ascellare il respiro acquista un leggero timbro metallico; a sinistra respiro rinforzato senza rumori aggiunti. L'esame radiografico mostra l'esistenza di un pneumotorace destro totale con discreto collasso dei due lobi superiori del polmone e modico collasso del lobo inferiore, e opacamento dei due lobi superiori. Peso kg. 64. Apiressia, espettorato negativo. Urine: albumina e zucchero assenti, nulla nel sedimento.

Il 30-VIII si pratica l'aurodermoreazione iniettando nel derma della faccia anteriore dell'avambraccio destro 1 milligrammo di fosfocrisolo; pochi minuti dopo appare una chiazza di arrossamento vivo poco più grande di una comune moneta da 10 lire di forma ovoidale. Dopo 6 ore questa chiazza è appena infiltrata e rilevata, dopo 24 ore l'infiltrazione è più evidente e l'arrossamento di una tonalità più scura.

Non modificazioni della temperatura nè risentimento ghiandolare. La reazione si mantiene ben evidente anche 48 ore dopo ma non infiltrata, e si attenua lentamente nei giorni successivi. Al mattino del 5 settembre si pratica alla piega del gomito di sinistra una iniezione endovenosa di 5 centigrammi di crisalbina, quando l'aurodermoreazione non era ancora svanita per la permanenza di una zona di color grigio roseo. L'inferma tollerò benissimo l'iniezione ma in giornata ebbe un lieve rialzo termico come risulta dalla temperatura rilevata nelle due ascelle e qui sotto riportata; perchè nelle ammalate con pneumotorace terapeutico il rilievo della temperatura biascellare può dare spesso se non sempre utili insegnamenti (Chiucini), e nel nostro reparto questa ricerca viene eseguita a tutte le inferme con pneumotorace in atto.

Giorno 5 settembre: temp. ascella d., ore 8, 36°,2; ore 12, 36°,2; ore 16, 37°,1; ore 20, 37° 9. Giorno 5 settembre: temp. ascella s., ore 8, 36°,1; ore 12, 36°; ore 16, 36°,6; ore 20, 37°,2.

Il giorno stesso la paziente ebbe cefalea, quello successivo la temperatura tornò normale e la cefalea scomparve. A carico dell'aurodermoreazione si rilevò un'accentuazione che oltrepassò i caratteri della reviviscenza perchè la chiazza di arrossamento raggiunse la grandezza di 5 centimetri di lunghezza per 3 di larghezza con la parte periferica di color rosso vivo e la centrale di color



Faccia anteriore arto superiore destro. La zona grigia all'avambraccio rappresenta la reviviscenza e la accentuazione della aurodermoreazione, quella più piccola alla piega del gomito la chiazza di arrossamento — eguale a quella di sinistra — e comparsa in sede metamericamente opposta a quella ove era stata praticata l'iniezione endovenosa di crisalbina.

rosso scuro, più calda al tatto che non il resto della cute ma senza dimostrabile infiltrazione. Degna di molto interesse fu inoltre la comparsa di una chiazza di arrossamento che si manifestò nella piega del gomito del braccio sinistro ove era stata eseguita l'iniezione endovenosa di crisalbina, (iniezione praticata con somma facilità data l'evidenza della vena e senza la fuoriuscita di una minima parte dimostrabile della soluzione nei tessuti paravenosi) e di una chiazza simile e della stessa grandezza alla piega del gomito del braccio destro come dimostra la fotografia acclusa.

L'esame delle urine e la formula leucocitaria eseguite lo stesso giorno dettero: urine: tracce di albumina, zucchero assente, urobilina assente; sedimento: qualche cellula, scarsi leucociti ben conservati, qualche emazia, frammenti di cilindroidi. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 60, eosinofili 13, basofili 1, monociti 11, linfociti 15.

Il giorno successivo 7 settembre le chiazze di arrossamento alle pieghe dei gomiti andarono man mano attenuandosi e scomparvero dopo 3 o 4 giorni, in corrispondenza invece della aurodermoreazione persisteva ancora una zona di cute arrossata il 24-IX quando la paziente lasciò il sanatorio in buone condizioni.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE.

Prima di concludere dai risultati emergenti dalle nostre esperienze riteniamo opportuno avvertire che in questa breve pubblicazione, che noi consideriamo come una nota preventiva, non entriamo in merito al meccanismo dell'aurodermoreazione che sarà svolto invece in un successivo studio nel quale figurerà un numero più confacente di casi trattati ed ove l'aurodermoreazione sarà stata praticata con i principali preparati oggi in uso.

Ciò premesso prendiamo prima in esame i risultati della tavola A.

La prima cosa che risalta subito all'evidenza è che tutte le ammalate hanno dimostrato chiaramente l'intolleranza ai sali d'oro che l'aurodermoreazione ci aveva in precedenza resa manifesta. In special modo l'inferma n. 6 in ottime condizioni generali e senza febbre si è dimostrata così sensibile all'oro che l'iniezione praticata (5 milligrammi di crisalbina) ha prodotto cefalea, febbre, lieve albuminuria ed ematuria microscopica ed eosinofilia, oltrechè reviviscenza e accentuazione dell'aurodermoreazione e la comparsa di due zone di arrossamento simmetricamente opposte nelle pieghe dei due avambracci. Per ciò che riguarda la febbre noi ammettiamo nel caso in parola due fattori nei suo determinismo: uno l'intolleranza all'oro perchè un risentimento termico si può avere oltrechè in individui ammalati di altre forme morbose non tubercolari anche nei sani (Marabottini Marabotti), l'altro il riaccendersi del focolaio tbc. che in questo caso è dimostrato dall'aumento della temperatura (37,9) rilevata nell'ascella destra (corrispondente quindi al polmone ammalato) in confronto della temperatura rilevata nell'ascella di sinistra (37,2) e che interpretiamo come un riflesso viscero cutaneo. Per l'albuminuria e l'ematuria microscopica, sintomi che non esistevano in precedenza nella nostra paziente ci basta averli rilevati tanto si presentano di frequente nei casi d'intolleranza all'oro. In riguardo alla formula leucocitaria questa non era stata eseguita nei giorni che precedettero l'aurodermoreazione e questo dato mancante non ci permette di esprimere un giudizio comparativo, ma l'aver osservato in un successivo esame praticato il giorno 9 settembre, quattro giorni dopo eseguita l'iniezione di crisalbina, soli 5 eosinofili per cento ci induce a mettere nel rapporto consequenziale anche l'eosinofilia osservata con l'iniezione di oro. Il fenomeno della riviviscenza e le due chiazze di arrossamento a disposizione simmetrica alle pieghe dei gomiti possono essere ritenute in base ad alcuni criteri come reazioni allergiche, e sono riportabili al fenomeno di Sanarelli-Shwartzman con la caratteristica particolare della reazione metamerica per ciò che si riferisce alle due chiazze di arrossamento.

Per ciò che si riferisce alla tavola B. avvertiamo che nelle inferme 1, 3, 5, 8, che in precedenza non erano state mai sottoposte a cure di sali d'oro l'aurodermoreazione è stata eseguita prima d'intraprendere la crisoterapia nelle altre inferme 2, 4, 7, che l'avevano praticata in precedenza e attualmente erano in periodo di cura è stata eseguita dopo terminato il ciclo d'iniezioni, ad eccezione del n. 4 ove l'aurodermoreazione è stata fatta nell'intervallo fra due iniezioni.

Dall'osservazione dei risultati emergenti dall'esperienze riportate nelle due tavole appare evidente la mancanza di parallelismo fra le cutireazioni alla tubercolina e le aurodermoreazioni: così le prime tre inferme della tavola A hanno avuto una cutireazione negativa là dove l'intradermoreazione è stata positiva e per queste tre non esitiamo a ritenere che si trovavano in condizioni di anergia seppure il loro stato generale poteva far supporre diversamente. Infatti nelle tre ammalate in questi ultimi mesi il processo è andato sempre più aggravandosi. Ma questo meccanismo non si può invocare per le aurodermoreazioni per le quali intendiamo diverso il meccanismo di produzione. Questa mancanza di parallelismo fra le due reazioni appare più evidente nella tavola B ove tutte le inferme hanno avuto l'aurodermoreazione negativa laddove la intradermoreazione alla tubercolina è stata positiva. Solo nelle ammalate n. 3 e n. 8 la risposta è stata uguale; ma la cutireazione alla tubercoli-

na nell'inferma n. 3 non desta meraviglia poichè eseguita durante l'inizio di una pleurite essudativa, per l'altra (n. 8) non pensiamo si possa invocare l'anergia dato il suo stato mediocre e non grave ma sopratutto per il miglioramento, l'assenza di febbre e l'immagine radiografica dell'apparato respiratorio la quale, per la presenza di numerosi e chiari nuclei di calcificazione faceva pensare ad una discreta reattività organica.

Nelle due tabelle appare evidente anche il fatto che mentre l'aurodermoreazione è stata praticata a tutte con il fosfocrisolo il successivo tentativo di cura col quale abbiamo controllato la tolleranza è stato fatto in 7 ammalate con il fosfocrisolo, in 11, con la crisalbina e in due con il Solganal. La crisalbina l'abbiamo preferita perchè nei casi d'intolleranza, dato il suo uso endovenoso avremmo avuto una reazione più immediata, le due inferme trattate col Solganal (n. 8 della tavola A e n. 4 della tavola B) erano già in cura con questo preparato e sarebbe stato inopportuno cambiare il sale d'oro. Ma come sopra abbiamo accennato in una nuova pubblicazione avremo l'occasione d'illustrare il meccanismo che secondo noi sta a base dell'aurodermoreazione e nella medesima figureranno anche le eventuali differenze di ipersensibilità che la cute offre in confronto di diversi preparati di oro. Questa nota ha il solo scopo di avere richiamato l'attenzione su di una ricerca molto semplice ed alla quale noi attribuiamo una grande importanza pratica.

Volendo fare delle conclusioni dal presupposto teorico che ha informato queste ricerche e dai risultati ottenuti dalle esperienze praticate noi diciamo:

1) Riteniamo che la ricerca della reattibilità del derma ai sali d'oro saggiata con l'iniezione entro il derma di un milligrammo di un preparato di oro possa dare utili insegnamenti prima di eseguire la crisoterapia negli ammalati di tubercolosi polmonare in specie e nei malati di tubercolosi in genere.

2) Con detta reazione che noi chiamiamo « *aurodermoreazione* » abbiamo saggiato la reattibilità del derma con un milligrammo di fosfocrisolo in 20 ammalate di tbc. polmonare, ed abbiamo ottenuto 12 reazioni positive ed 8 reazioni negative.

3) I caratteri che distinguono le reazioni positive e negative sono semplicissimi e figurano nello svolgimento del lavoro. Escludiamo l'esistenza di reazioni dubbie ai sali d'oro.

4) Abbiamo ottenuto le reazioni positive nelle inferme che hanno presentato una intolleranza alla crisoterapia, quelle negative invece nelle ammalate che tolleravano bene detta cura.

5) Avendo in tutte le ammalate praticata la cutireazione alla tubercolina abbiamo notato delle divergenze di reattibilità della pelle in confronto con le aurodermoreazioni, e perciò escludiamo un parallelismo reattivo fra cutireazioni alla tubercolina e intradermoreazioni all'oro negli ammalati di tbc. polmonare.

6) Qualunque possa essere il meccanismo di questa aurodermoreazione, abbiamo la certezza che essa serva a svelare la reattibilità degli ammalati di tbc. polmonare ai sali d'oro, e quindi ad *individualizzare* quelli nei quali la crisoterapia può essere vantaggiosamente prescritta.

RIASSUNTO.

Allo scopo di selezionare ed *individualizzare* fra i tubercolosi (specialmente nella tbc. polmonare) quelli intolleranti alla cura dei sali d'oro, proponiamo una nuova reazione: *l'aurodermoreazione.* Con questa prova che consiste nell'iniettare nel derma un milligrammo di un preparato d'oro abbiamo saggiato la reattibilità di 20 ammalate di tbc. polmonare (in confronto dell'oro) ottenendo reazioni positive in quelle intolleranti alla crisoterapia e reazioni negative nelle altre che hanno tollerato bene detta cura.

Quindi la prova convalidata dai risultati ottenuti offre una grande importanza di orientamento pratico in tema di auroterapia.

Roma, ottobre 1934.

AUTORI CITATI.

ALESSANDRINI. *Allergia emorragica o fenomeno di Sanarelli-Shwartzman.* Monitore di Endocrinologia per il medico pratico, 1934, n. 5.

BOCCHETTI F. VIII Conferenza dell'Unione Internazionale della lotta contro la tbc. *La crisoterapia.* Lotta contro la tbc., 1932.

BURREL S. T. Ibid.

CAMPANI A. La crisoterapia nel trattato *La tisiologia nella pratica medica.* Wassermann e C., Milano, 1933.

CARPI U. Lotta contro la tbc., 1932.

CHERUBINI L. Ibid.

CHIUCINI G. *La differenza della temperatura biascellare nel pneumotorace terapeutico.* Bollettno e Atti Accademia Lancisiana, fasc. I-II, 1929, e Tubercolosi, 1929.

CINQUEMANI A. *L'auroterapia a piccole dosi nella tbc. polmonare.* Lotta contro la tbc., 1931.

FABRI G. *Il trattamento della tbc. polmonare con i sali d'oro.* Policl., Sez. Pratica, 1932.

FICI V. *L'auroterapia a piccole dosi nella tbc. polmonare.* Lotta contro la tbc., 1931.

GIORDANO F. L'azione antitubercolare, 1931, n. 9.

KNUD FABER. Lotta contro la tbc., 1932.

MARABOTTINI MARABOTTI. *Incidenti cutanei nella terapia aurica della tbc. polmonare.* L'Ospedale Maggiore, 1932, n. 2.

SAYE. Lotta contro la tbc., 1932.

STANGANELLI P. *La crisoterapia nella tbc. polmonare.* Lotta contro la tbc., 1933.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI MEDICINA OPERATORIA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA

Sul trattamento degli ascessi peri-tonsillari.

Dott. E. SAVARESE, assistente.

Molto diffusa è nei medici pratici l'opinione che gli ascessi peri-tonsillari, per la loro tendenza a risolversi spontaneamente, non richiedano alcun trattamento chirurgico.

In realtà la cura medica o aspettante, se può essere giustificata all'inizio del processo, durante il periodo flemmonoso, specialmente nei bambini ove meno frequente è la fluidificazione, è invece assolutamente da proscriversi non appena si rilevino i primi segni od il sospetto di raccolta inquantochè, la permanenza per più giorni di una sacca marciosa in una zona dell'importanza di quella tonsillare, oltre a prolungare inutilmente le forti sofferenze del paziente, espone ai pericoli di tutte le gravi complicazioni locali (edema della glottide; ascesso latero faringeo; usura delle carotidi; angina del Ludwig ecc.) e generali (setticopiemie, endocarditi, nefriti ecc.) nonchè alla instaurazione di quelle forme di sepsi tonsillari croniche dovute all'insufficiente o mancato svuotamento dell'ascesso.

Siccome tali complicazioni non possono mai in nessun caso essere previste con sicurezza, e dato che l'unica arma atta, nei limiti del possibile, a prevenirle ci è fornita dalla cura chirurgica, è logico che questa debba essere sistematicamente adottata, ciò che concorda del resto, con l'unanime parere degli AA. Come per tutte le forme settiche però, il valore dell'intervento dipende dalla precocità della sua attuazione, diventando pressochè nullo qualora si lascino passare i giorni, nell'attesa di *vedere* la raccolta, ciò che oltre a permettere l'insorgenza delle eventuali complicazioni, *prelude l'apertura spontanea dell'ascesso*. La cura chirurgica pur essendo semplice ed alla portata di tutti richiede tuttavia una certa esperienza. Varia è la sede degli ascessi peritonsillari, potendosi essi svolgersi in un punto qualsiasi del cellulare peri-ghiandolare, praticamente però la loro via comune di estrinsecazione è quella fra tonsilla e pilastro anteriore, dove appunto si vanno ad aggredire sia passando direttamente attraverso il pilastro (Chiari) sia al di dietro e tangenzialmente a questo (Killian). In base ai rilievi che ho potuto fare a carico di un centinaio di ascessi peritonsillari da me trattati, ritengo che la seconda via sia da preferirsi e meriti una maggiore divulgazione fra i medici pratici che la tengono in poco conto quando addirittura non la ignorano. I vantaggi offerti dalla manovra di Killian sono quelli di una maggiore facilità di esecuzione, di una maggiore efficacia terapeutica e di un minor pericolo.

1) Stabilita la necessità dell'intervento precoce, l'incisione attraverso il pilastro anteriore offre spesso la difficoltà di scelta del punto dove essa debba essere praticata, inquantochè la metà della linea unente la base dell'ugola e l'ultimo molare, fissata dal Chiari, non corrisponde sempre all'ubicazione della raccolta ma ci indica solo una sede di probabilità (fossetta sopra tonsillare) e la zona di sicurezza per l'affondamento del bisturì. La localizzazione dell'ascesso, banale a processo avanzato quando esista una decisa fluttuazione o la bozza caratteristica che spesso lascia trasparire il colorito giallognolo del pus, diventa più indaginosa all'inizio dell'affezione quando l'ubicazione deve essere basata solamente sul dolore localizzato, sintomo che per la sua soggettività si presta ad errori di rilievo resi più facili dalla consueta intolleranza di questi ammalati e dall'angustia del campo visivo dovuta al trisma, quasi sempre presente, ed alle abbondanti mucosità.

Per raggiungere la raccolta passando tangenzialmente al pilastro anteriore, il compito dell'operatore è invece di molto semplificato, bastando in questo caso di individuare solamente il pilastro, ciò, che con l'ausilio della luce riflessa, riesce sempre agevole, ed introdurre fra questo e la tonsilla uno degli strumenti ideati allo scopo o meglio un semplice piccolo Klemmer curvo che, divaricato in sito, aprirà un'ampia via per il deflusso del pus.

2) In rapporto alle difficoltà di orientamento, l'incisione attraverso il pilastro anteriore è da considerarsi meno efficace per la facilità di cadere lontani dall'ascesso, o in un punto non sufficentemente declive, ciò che è causa di ristagno del pus che viene d'altra parte normalmente favorito anche per il fatto che i bordi dell'incisione durante le contrazioni del velo tendano a collabire e si saldano molto precocemente, onde i pericoli della necessità di un reintervento.

Con lo scollamento del pilastro anteriore, quando la manovra sia ben eseguita, gli ascessi peritonsillari vengono invece sistematicamente raggiunti ed anche in quei rari casi nei quali non si ottenga lo scopo, sia per errore di tecnica come pure per decisa lateralità della raccolta (ascessi latero-tonsillari), noi avremo comunque preparata quella che è la

via elettiva di svuotamento spontaneo di tutte le raccolte peri-tonsillari, e attraverso ad essa normalmente dopo qualche ora dall'intervento vedremo sgorgare il pus. Raggiunta che sia la raccolta con questo mezzo, minori sono le probabilità di ristagno, perchè qui le contrazioni del velo tendono a ridurre la cavità ascessuale ed assicurano anzichè ostacolare l'espressione del pus.

3) Sebbene in effetto l'incisione degli ascessi tonsillari non esponga a seri pericoli, pure sotto certi punti di vista essa è da considerarsi più pericolosa della loro evacuazione per via ottusa. I pericoli sono in dipendenza dello strumento tagliente, necessariamente usato allo scopo, che i movimenti inconsulti di difesa del paziente possono guidare in zone pericolose anche lontane, come quella dei grossi vasi del collo. Infatti, sebbene questi si trovino all'esterno e indietro delle tonsille (17 mm. secondo Rieffel, 20-25 mm. secondo Testut, per la carotide interna e più ancora per quella esterna) e quindi relativamente al sicuro, non è escludibile in via assoluta che possano essere raggiunti dal bisturì durante la sua corsa nel senso antero-posteriore, specialmente quando all'evenienza accennata dai movimenti inconsulti dell'ammalato si aggiungano l'assenza di una vera sacca marciosa, anomalie vasali (gomitature con deviazione verso il piano mediale) unitamente ad una tecnica errata (incisione lateralizzata con eccessivo affondamento della lama).

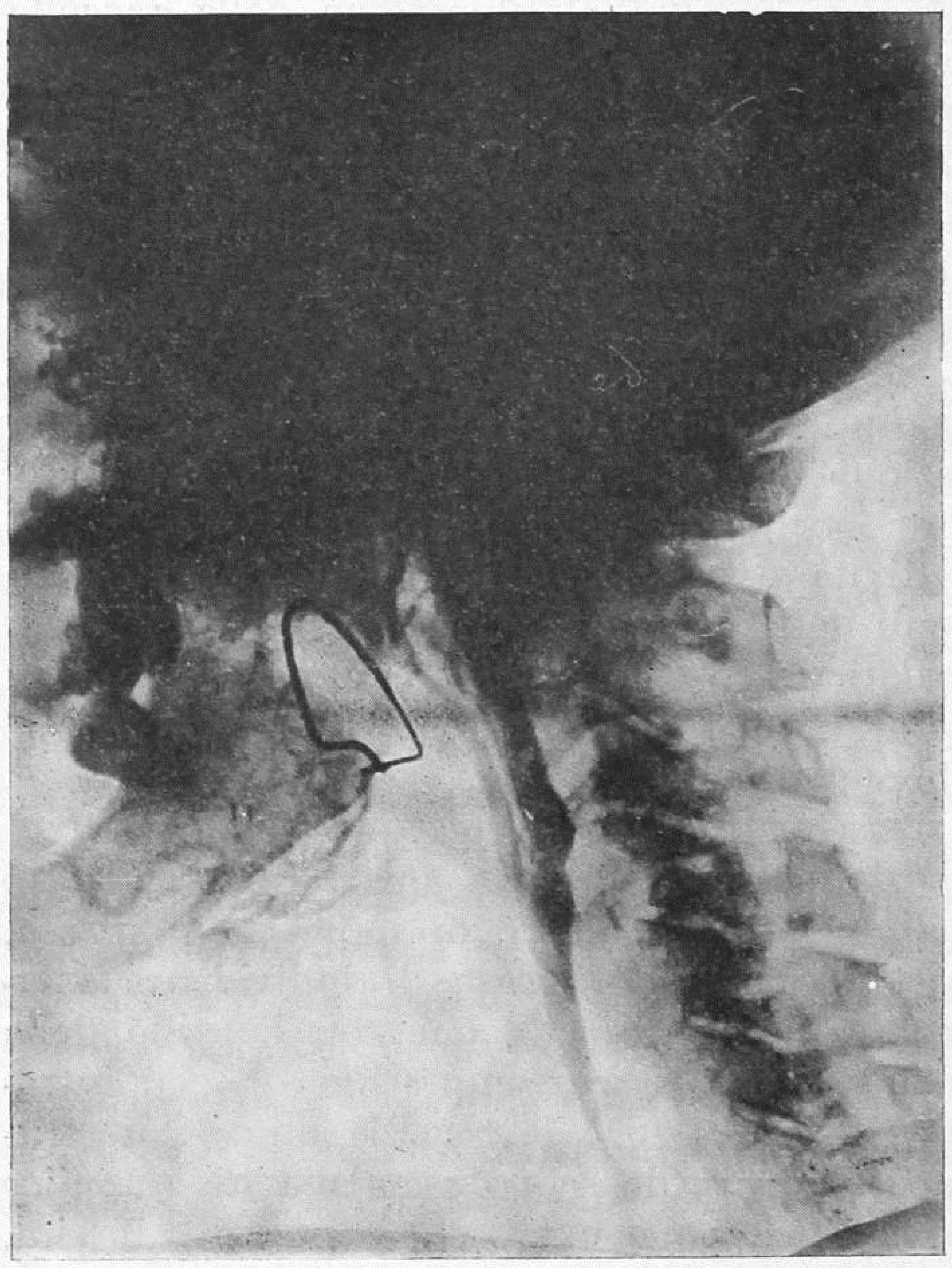


FIG. 1.

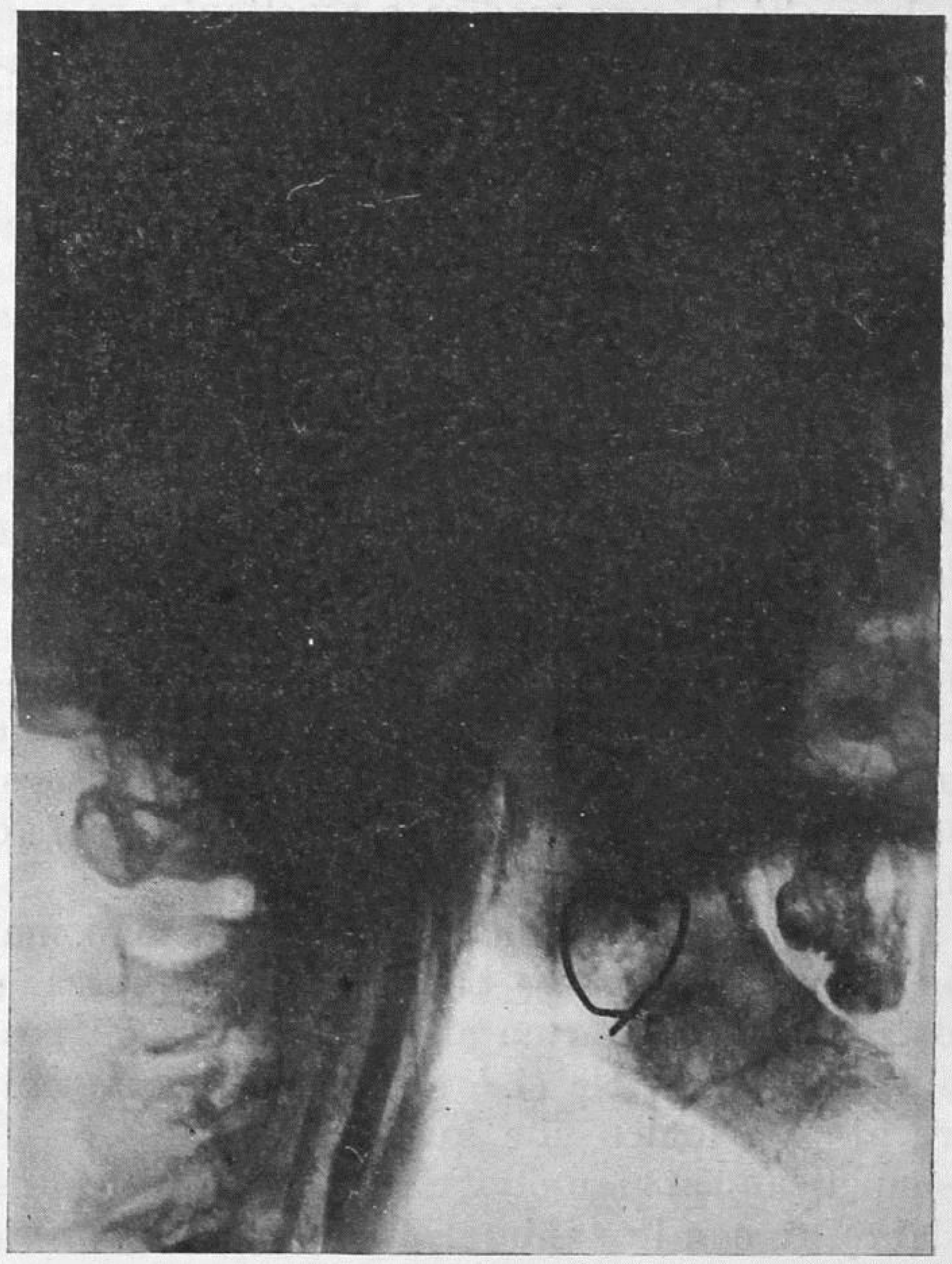


FIG. 2.

Il Klemmer richiesto invece per lo scollamento del pilastro anteriore, anche in mani poco esperte, mette al sicuro da ogni pericolo del genere e potrà essere spinto con coraggio, sapendo dall'anatomia che andando parallelamente al pilastro nella peggiore delle ipotesi esso finirà col doversi arrestare, senza aver recato alcun danno, contro l'ostacolo opposto dal pterigoideo interno e dall'angolo della mandibola.

A confermare l'esattezza delle cognizioni anatomiche su cui si basa tale affermazione, abbiamo eseguito uno studio radiologico delle regioni atto a stabilire i rapporti fra tonsille e grossi vasi del collo. Ci siamo serviti in tutto di trenta cadaveri convenientemente iniettati ai quali abbiamo praticato il cerchiaggio delle tonsille ovvero l'infissione dei pilastri con materiale opaco. I radiogrammi eseguiti in proiezione laterale hanno dimostrato come effettivamente le carotidi siano poste all'indietro e completamente fuori dei contorni della loggia tonsillare, a sua volta totalmente compresa invece nei limiti dell'angolo della mandibola (fig. 1-2). I radiogrammi ottenuti in proiezio-

ne antero-posteriore dimostrano invece che gli organi in esame si trovano in piani sagittali



FIG. 3.

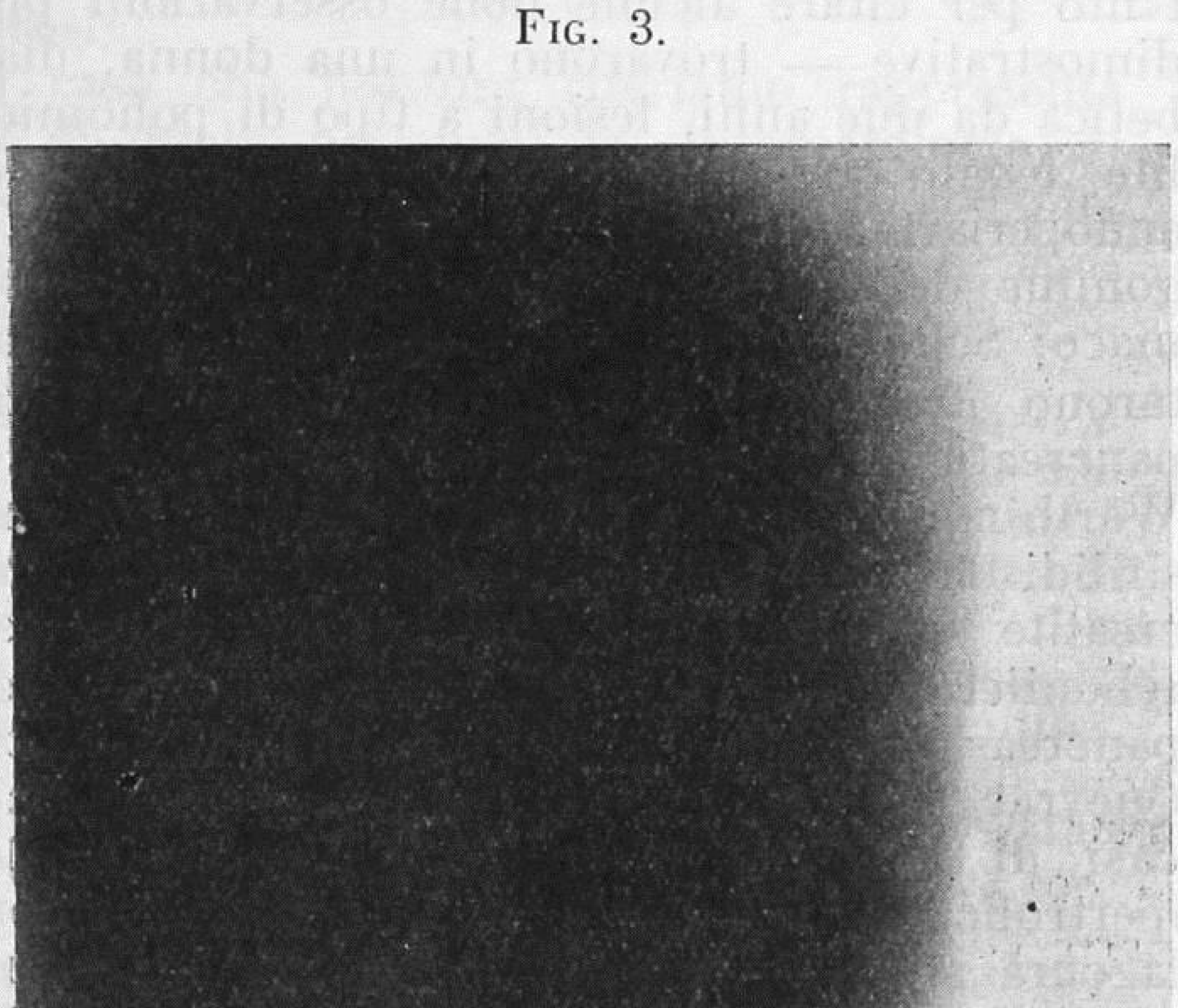


FIG. 4.

molto ravvicinati specialmente in basso (figure 3-4).

I risultati terapeutici ottenuti con lo scollamento del pilastro anteriore nei casi di angina flemmonosa capitati alla mia osservazione furono veramente ottimi.

Sopra 93 soggetti così trattati non ebbi mai ad osservare alcuna recidiva nè complicazioni di sorta; degna di nota la constatazione che in 18 di questi pazienti era già stata praticata senza effetto da altri sanitari l'incisione, uno di essi anzi aveva subito tre incisioni in due giorni.

Accanto a questi risultati e a conferma della necessità del sistematico trattamento precoce degli ascessi peritonsillari credo opportuno segnalare due casi di angina di Ludwig di cui uno mortale, sei casi di ascesso latero-faringeo, ed un caso di flemmone sopraioideo da me osservato, come forme secondarie ad angina flemmonosa non trattata.

RIASSUNTO.

L'A. ricorda la necessità del sistematico trattamento precoce degli ascessi peritonsillari e consiglia per la loro evacuazione come metodo di scelta la manovra di Killian che ritiene più facile, più efficace e meno pericolosa dell'incisione. Unisce alcune radiografie atte a dimostrare i rapporti fra la loggia tonsillare ed i grossi vasi del collo.

OSSERVAZIONI CLINICHE

CLINICA DERMOSIFILOPATICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA
Direttore: prof. U. MANTEGAZZA

Su di un caso di diabete sifilitico.

Dott. GIAN BATTISTA COTTINI, assistente

Si può bene affermare che la questione dell'esistenza di un diabete sifilitico sia stata aperta nel 1857 allorchè Leudet ha riferito, per la prima volta, di un diabete conseguente ad una gomma del 4° ventricolo. Da allora numerose osservazioni, basate su criteri più o meno accettabili o sicuri, hanno creato correnti diverse di pensiero a proposito di questo problema, la cui risoluzione non è soltanto di puro interesse dottrinario, ma riveste un valore pratico e terapeutico di capitale importanza; appare infatti evidente che se la sifilide è causa diretta di un diabete, questo può essere eventualmente influenzato dalla terapia antiluetica la quale, in tali casi, agirebbe direttamente sulla causa della malattia.

Mentre numerosi Autori (Freriches, Schnèe, Lemonnier, Schemann, Kulz, Arnaud, M. Pinard, ecc.) ritengono la sifilide come un fattore etiologico importante e frequente del diabete, numerosi altri (Cantani, Lèpine, Touflet, Labbè, Mauriac, ecc.) pensano che la sifilide rappresenti solo una parte molto secondaria e discutibile nell'etiologia del diabete: tra queste due opinioni ne esiste una terza, meno assoluta nelle sue conclusioni, la quale ammette che la sifilide, sia pure eccezionalmente e non frequentemente, possa cagionare il diabete.

Sono stati descritti casi di diabete in ogni periodo dell'infezione luetica: *nel periodo primario* i casi sono rarissimi; P. Plum e Villaret avrebbero constatato un diabete dopo 12 giorni dalla comparsa del sifiloma iniziale, ed anche Merklen avrebbe notato una glicosuria dopo uno stesso periodo di tempo. Da molti però viene osservato che un intervallo così breve non parla troppo in favore di una relazione delle due malattie.

Nel periodo secondario l'esistenza di un disturbo nel metabolismo idrocarbonico è stato riscontrato da Paris e Dobrovici (4 casi su 10), da Manchot (9 casi), da Servantier (2 casi), da Dub (2 casi): Troller, Koveznikow e Danlos, Jullien, Gaucher, Fournier sono dell'opinione che nello stadio secondario possa esistere il più delle volte solo una glicosuria temporanea — che deve sempre destare l'attenzione del medico — la quale può anche trasformarsi in vero diabete. Una glicosuria passeggera sarebbe stata rilevata pure durante una reazione di Herxheimer. Il comportamento della glicemia nel corso dell'infezione sifilitica è stato studiato da Schulmann, il quale avrebbe ottenuto valori normali nel periodo primario e terziario, e di poco elevati nel periodo secondario: le differenze però sono troppo piccole per poter servire a qualche conclusione di un certo valore. Anche Crosti avrebbe osservato nella lue secondaria una modesta iperglicemia, ed in quella primaria e terziaria valori normali.

La maggior parte dei casi di diabete è stata constatata *nel periodo terziario* (Meyer. Troller. Deker, Monier-Vinard, Umber, Rathery, ecc.); Pinard e Villaret pensano anzi che di natura luetica siano persino alcune manifestazioni (paralisi oculari, nevriti ottiche, male perforante, perdita dei riflessi rotulei, ecc.) che si riscontrano talvolta nel diabetico (numerose sono però le opposizioni a tale modo di vedere). *Nella sifilide ereditaria* casi degni di fede sono stati descritti da Lemonnier, da Rathery e Fernet, da Schnèe, da Castronuovo, da Segfort, da V. Noorden e da molti altri ancora.

Allo stato attuale delle conoscenze si deve dunque ammettere che possono esistere dei casi di diabete provocati dalla sifilide nei diversi stadi dell'infezione.

Alterazioni specifiche del pancreas, come di diverse altre parti dell'organismo (fegato, sistema nervoso, glandole endocrine), ne sarebbero la causa od almeno ne favorirebbero la insorgenza. Carnot ed Harvier, ad esempio — tanto per citare alcune delle osservazioni più dimostrative — trovarono in una donna, diabetica da due anni, lesioni a tipo di poliomielite, fegato cirrotico, lesioni siero-gommose ed endoperiarterite del pancreas: Steinhaus notò gomme del fegato, del pancreas e dello stomaco; Schlesinger, Faroy, W. Saltis, ecc. notarono frequentemente (20 %) delle lesioni pancreatiche nei bambini eredo-luetici, e Warthin e Wilson (100 %) in casi di antiche sifilidi latenti; Charnaux descrisse una pancreatite sifilitica nei diabetici e Gilbert e Lereboullet studiarono le cirrosi sifilitiche del pancreas con diabete; Malherbe, Lerhartz, Queyrat, Lemonnier, Labbè, ecc. notarono casi di diabete in concomitanza di epatite ipertrofica guarite (?), ambedue le forme, con la cura specifica, e Seeger, Dub, ecc., ottennero risultati identici in casi di diabete dipendenti da lesioni nervose sifilitiche; Leudet trovò infine in un sifilitico diabetico lesioni del tipo della meningite sclero-gommosa basilare e di sifilide epatica.

Il riscontro però di tali lesioni non costituisce una prova assoluta della natura sifilitica dell'affezione: le cause che possono agire sulla genesi di un diabete sono molteplici ed il più delle volte legate a fattori che sfuggono, dato la non completa conoscenza che noi possediamo intorno alla fisiopatologia di tale forma morbosa. Del resto, hanno un valore relativo anche le prove basate sulla frequenza degli antecedenti sifilitici nei diabetici, e sulla presenza o meno della R. Was-

sermann positiva o di manifestazioni sifilitiche in atto.

Il criterio della terapia antiluetica rimane, ancora oggi, il solo sul quale porre la diagnosi di diabete sifilitico.

Secondo Epstein, per poter considerare un diabete come dovuto a sifilide, bisogna ottemperare alle seguenti condizioni: l'inizio del diabete deve avvenire dopo il contagio luetico, ma non in periodo troppo precoce: nel diabetico devono esistere lesioni dovute alla sifilide o per lo meno una r. Wassermann positiva, e non si devono constatare malattie epatiche, del sistema nervoso o delle ghiandole endocrine di natura diversa dalla luetica: una terapia antiluetica combinata deve combattere le due malattie e portare, in breve tempo, una guarigione durevole del processo e riportare la glicemia alla norma con normale sopportazione delle prove di carico.

È d'uopo tuttavia tener presente che possono esistere con tutta probabilità casi di diabete di origine sifilitica nei quali la cura specifica non ha alcun beneficio: ciò è dovuto verosimilmente al fatto che la sifilide può determinare lentamente ed in modo progressivo delle modificazioni che conducono al diabete, senza che si possa influire sul processo morboso una volta arrivato alla sua estrema conseguenza (vaste distruzioni di tessuto-sclerosi).

Il caso che noi ora riferiamo rappresenta uno di quelli nei quali la sintomatologia, il decorso e l'esito si prestano ad utili considerazioni dal punto di vista diagnostico e patogenetico.

B. Natalina, vedova, contadina, da Casarile (Pavia), che non aveva mai sofferto in passato di malattie degne di particolare rilievo, viene riconosciuta affetta, il 19 maggio 1924, sul far dei 50 anni, da sifilide papulosa: paraboloide +++; r. Wassermann +++; Sachs G. +++. Sottoposta a cure regolari ed alterne con preparati bismutici, salvarsanici intramuscolari, jodici, mercuriali solubili, non ebbe più manifestazioni apprezzabili del male. Sospese volontariamente ogni cura specifica all'inizio del 1931 e si limitò solo a qualche blando preparato jodico nella primavera e nell'autunno.

Il 4 aprile 1934 si presentò al nostro ambulatorio per farsi visitare di una dermatosi, localizzata agli arti inferiori, a quelli superiori ed alle parti declivi del tronco, insorta, senza sintomatologia subiettiva particolare, da non più di cinque giorni: essa aveva tutti i caratteri di una porpora emorragica.

Avendo però riscontrato, nella sommaria visita fatta, una forte glicosuria (5 %) abbiamo invitato la malata al ricovero in Clinica.

Entra il 19 aprile 1934.

Esame obiettivo. — L'aspetto della malata è soddisfacente: il colorito della cute e delle mucose è roseo: il pannicolo adiposo abbondante: le masse muscolari toniche.

Soggettivamente si lagna di scarsa stanchezza generale.

Temp. 36°,5; P. M. (R. R.) 175 p. m. 100; polso 72; Kg. 75,800.

All'esame obiettivo dei diversi apparati ed organi si riscontra solo il fascio aortico un po' dilatato.

Nulla di speciale alle mucose.

Sulla cute, come già detto, sono visibili numerose chiazzette emorragiche, a tipo di porpora. Alcune dimostrano la tendenza all'assorbimento del pigmento, altre, più recenti, presentano sulla superficie delle piccole vescicole con contenuto ematico.

Esami di laboratorio:

R. Wassermann ———; Sachs G. ———.

Glicemia 3,45 ‰.

Curva glicemica (saggiata con gr. 0,75 p. Kg. di peso): a tipo chiaramente diabetico.

Glicosuria da 5 % a 8 % dopo un'ora, indi lentamente a 5,80 % dopo 3 ore.

Glicemia e glicosuria sulle cifre di partenza dopo 9 ore.

Hb. 100 %; glob. r. 5.600.000; glob. b. 10.000.

Valore globulare inferiore all'unità.

Form. leucoc.: neutr. 67, eos. 1, bas. 1, linf. 27, mon. 4.

Tempo di emorragia: aumentato.

Tempo di coagulazione: 15'.

Prova del laccio e del martello: negative.

Calcemia (Kramer-Tisdall): 10,40 % mgr.

Potassio ematico: 19,83 % mgr.

Azotemia (met. Segre): 0,48 per mille.

Feci: negativa la ricerca dei grassi con il Sudan III e di sostanze amiloidi con il Lugol.

Radiografia della sella turcica: reperto normale.

Esame del fondo oculare: Visus 10/10 ad O. O. e fondo senza lesioni oftalmoscopicamente rilevabili. Si notano solo papille un po' piatte ma rosee: il reperto non ha significato patologico.

Orine:

Quant. giorn.: 3200 cc.; glicosuria gr. 5 %; aspetto limpido.

P. spec. 1029; lievi tracce di albumina.

Sangue, pigmenti e sali biliari, indacano, urobilina: assenti.

Reazione di Gerhardt: negativa.

Sedimento: nulla di patologico.

Funzionalità renale: normale.

Funzionalità epatica: tutte le prove hanno dato risultato negativo per una disfunzione epatica.

Alcune indagini per svelare disfunzioni nel *campo neuro-vegetativo-endocrino*, non hanno fornito risultati attendibili, essendovisi la malata sottoposta di mala voglia ed anche con un po' di indisciplina: ad ogni modo i pochi dati ottenuti, a quanto sembra, non depongono per la presenza di alterazioni in questi campi.

Decorso della malattia. — Durante la prima settimana di ricovero, la malata fu posta a riposo in letto, a dieta fissa povera di idrati di carbonio e nel tempo stesso sottomessa a trattamento con Insulina (fino a 50-60 unità *pro die*).

La glicemia, dopo 7 giorni, era ridotta a 3 ‰; la glicosuria era del 4 % circa e la quantità giornaliera di orina si aggirava sui 3000 cc.: scarso miglioramento si notava alle forme emorragiche. Si continuò la cura con lo stesso ritmo per una settimana: alla fine di questa riscontrammo ancora glicemia 2,95 ‰; glicosuria 4 % e quantità giornaliera di orina 3000 cc. circa.

Nessuna modificazione quindi avevamo avuta dall'ultima determinazione di valori: anche le

manifestazioni emorragiche avevano fatto notare solo un lieve miglioramento imputabile forse di più al riposo a letto che all'efficacia della cura generale.

Decidemmo allora di associare all'Insulina un preparato antiluetico: scegliemmo il sublimato alla dose di 1 ctg. *pro die* per iniezione intramuscolare.

Il risultato non poteva essere più brillante: dopo tre giorni la glicemia era ridotta al 2 ‰; la glicosuria al 2,8 % e la quantità giornaliera dell'orina a 1800 cc.

Riducemmo la dose dell'Insulina a 20 unità, non modificando la cura specifica. Dopo altri tre giorni ottenemmo glicemia 1,50 ‰; glicosuria non dosabile, quantità della orina 1300 cc. Sospendemmo completamente l'Insulina, continuando con il solo sublimato. Alla quindicesima iniezione (l'insulina era sospesa da nove giorni) i valori erano i seguenti: 0,90 ‰ di glicemia; glicosuria assente; orina 1200 cc. Alla ventesima iniezione, ultima del ciclo, ottenemmo glicemia 0,90 ‰; glicosuria assente; orina 1200 cc. I fatti emorragici erano notevolmente migliorati ed in molti punti scomparsi. R. W. — — —; Gl. — —.

Dimettemmo la malata (20 maggio 1934) prescrivendo solo una dieta povera di idrati di carbonio ed invitandola a tornare dopo qualche giorno per ripetere gli esami.

La malata si fece rivedere solo dopo quindici giorni (5 giugno): aveva bell'aspetto, si sentiva bene, non aveva più manifestazioni emorragiche cutanee; ci affermò di avere seguite scrupolosamente le norme dietetiche consigliate.

Glicemia 1,70 ‰; glicosuria assente (5 giugno). Il risultato non ci stupì; ci accertammo ad ogni modo con più rigoroso interrogatorio, che la malata non avesse assolutamente derogato dalle regole dietetiche imposte.

Ripetuta la glicemia a digiuno il giorno dopo (6 giugno) ed il seguente (7 giugno) ottenemmo ancora i valori di 1,60 ‰ e di 1,70 ‰.

Decidemmo di riprendere la cura con sublimato sottoponendo la malata a dieta povera di idrati di carbonio.

Ecco i dati:

7 giugno: prima iniezione di sublimato da 1 ctg.: glicemia 1,70‰;

9 giugno: terza iniezione di sublimato da 1 ctg.: glicemia 1,50 ‰;

13 giugno: settima iniezione di sublimato da 1 ctg.: glicemia 1,05 ‰;

15 giugno: nona iniezione di sublimato da 1 ctg.: glicemia 1 ‰;

18 giugno: dodicesima iniezione di sublimato da 1 ctg.: glicemia 0,90 ‰;

22 giugno: sedicesima iniezione di sublimato da 1 ctg.: glicemia 0,95 ‰;

26 giugno: ventesima iniezione di sublimato da 1 ctg.: glicemia 0,80 ‰.

Alla fine del ciclo (28 giugno), effettuata la curva glicemica, somministrando gr. 57 di glucosio in 570 cc. di acqua, ottenemmo risultati perfettamente normali.

La malata fu poi seguita fino al 26 agosto; quantunque la paziente avesse ripreso a mangiare liberamente, la glicemia, ripetute volte eseguita, diede sempre valori normali: pure normale fu la curva glicemica effettuata ancora il 20 agosto 1934.

Abbiamo riveduto la paziente il 16 ottobre 1934: orina normale e glicemia 0,90 ‰.

Schematicamente il quadro della forma morbosa che ci accingiamo ad analizzare è quello di un diabete mellito, grave, complicato da fatti emorragici cutanei a tipo di porpora, in soggetto da 10 anni luetico (attualmente con r. Wassermann — — —) per 7 anni regolarmente curato ed in riposo da 3 anni.

Il quadro emorragico non offre speciali difficoltà di spiegazione: escluso, per il complesso sintomatologico, che si potesse trattare di una forma di porpora emorragica primitiva tipo peliosi reumatica di Schönlein, o morbo maculoso di Werlhoff si doveva ammettere la relazione con l'infezione luetica e con il diabete. Non sono infatti rare, allorchè esiste la seconda forma morbosa, lesioni a carico dei vasi sanguigni consistenti in labilità delle pareti vasali (emorragie, ecc.) e in occlusioni del lume vasale (trombosi con conseguenti gangrene, ecc.); tuttavia, in questo caso, nel determinismo del quadro morboso, bisogna tenere presente l'azione concomitante esercitata da lunga data dalla sifilide tanto sulle pareti dei vasi sanguigni quanto sulla crasi ematica: ai suddetti fattori, aggiungiamo la elevata pressione sanguigna.

Nulla possiamo dire di preciso sull'epoca d'inizio del diabete, perchè la donna non si accorse mai di alcun disturbo: possiamo solo accertare che esso è sicuramente posteriore al 27 marzo del 1931 poichè in quella data noi abbiamo eseguito un esame completo delle orine e la glicemia, non riscontrando nulla di patologico.

Fuori di ogni discussione è dunque la diagnosi generica di diabete mellito. Più difficile è la sua classificazione: mentre infatti l'elevato valore della glicemia e della glicosuria, l'assenza di lesioni a carico del sistema nervoso e di quello endocrino ci fanno pensare che un'insufficienza pancreatica ne sia la causa, la mancanza di dimagramento, l'assenza di astenia, di polifagia, la non eccessiva polidipsia invece, avvicinano tale forma di diabete a quelle derivanti da endocrino-simpatosi. Solo la incompletezza degli esami in questo ultimo campo ci impedisce una sicura differenziazione. Tuttavia noi crediamo più esatto e rispondente a verità porre il diabete in relazione con una disfunzione pancreatica. Le indagini svolte sulla funzionalità epatica e quelle fatte sulle feci ci permettono di ritenere poco probabile una partecipazione evidente del fegato al processo morboso.

Rimane da accertare la natura del diabete.

Era logico che si dovesse pensare a chiarire la questione di un eventuale rapporto con l'infezione luetica, specialmente considerando la data piuttosto recente del contagio e la sospensione di ogni cura ormai da quasi tre anni. La r. Wassermann negativa non infirmava la natura sifilitica; anzi il nostro sospetto veniva poco dopo avvalorato dall'esito della cu-

ra antiluetica che determinava la guarigione del diabete.

Il risultato potrebbe esimere da ogni discussione, tanto chiara appare la relazione tra il principio del trattamento antisifilitico ed il decisivo e rapido miglioramento dei valori glicemici, della glicosuria e della quantità delle orine.

È da rilevare tuttavia la prontezza con la quale il sublimato ha decisamente indirizzato il male verso un pronto miglioramento fin dalle prime iniezioni, cosicchè dopo l'introduzione del sesto centigrammo potemmo sospendere definitivamente l'insulina. Ora, attraverso quale meccanismo ha agito il medicamento?...

Non pare che si possa pensare ad un'attivazione del potere terapeutico dell'Insulina, poichè il miglioramento ha progredito ed è aumentato anche dopo la sospensione di questa; non ci pare neppure che si possa pensare, come da alcuni autori è stato prospettato a proposito dei medicamenti antiluetici — Hg, Bi, As —, ad una capacità antidiabetica del preparato, indipendentemente da ogni sua proprietà specifica (1).

Noi crediamo invece che il miglioramento sia da attribuire ad un'azione diretta del farmaco sulla lesione, di qualunque tipo essa fosse, prodotta dall'infezione sifilitica. Bisogna pensare che la lesione fosse di una certa intensità, poichè non fu durevolmente influenzata dalla prima medicazione sifilitica: successivamente però lo stesso medicamento fu capace di riportare ogni cosa alla norma, permettendo le prove di carico, il ritorno ad un regime dietetico comune e la scomparsa di ogni traccia di diabete.

Possiamo quindi concludere che la sifilide è stata la causa del diabete: non ci sembrano possibili obiezioni di una certa importanza a questa conclusione.

RIASSUNTO.

Dopo aver esposto in breve lo stato attuale della questione relativa all'importanza della sifilide nella genesi del diabete, l'autore descrive un caso di diabete mellito insorto in soggetto luetico e guarito in seguito a terapia mercuriale.

---

(1) PORTER, ACHARD, COURNAUD, in seguito a numerose osservazioni personali, hanno prospettato la possibilità di un'azione propria dell'arsenobenzolo sul diabete, mettendo in dubbio, quindi, in certi casi, la natura sifilitica del male. BERY anche, a proposito del Bi, si è domandato se si possa pensare che esso sia non solo un antisifilitico potente, ma anche un importante medicamento epatico nel senso che precisamente alla regolarizzazione del funzionamento della glandola epatica, e forse alla sua esaltazione, si debba essenzialmente il suo potere a torto detto specifico.

PIRERA invece ricorda che il Hg. può, talvolta, dar luogo alla comparsa della glicosuria, che sparisce con la sospensione del rimedio. (PIRERA. *Trattato di Patologia Medica*, vol. 2, parte I, p. 362).

SUNTI E RASSEGNE

VASI SANGUIGNI.

L'angiomatosi emorragica familiare (Morbo di Osler).

(C. ANGELERI. *Haematologica*. Fasc. I-1935).

L'A. descrive un caso di angiomatosi emorragica ereditaria, malattia conosciuta anche sotto il nome di teleangectasia emorragica familiare o malattia di Osler e caratterizzata dalla seguente triade sintomatologica: emorragie, angiomi, trasmissione come espressione di carattere dominante.

Le emorragie hanno origine di solito dalle mucose, con maggior frequenza da quella nasale e da quella boccale, e le perdite di sangue hanno il loro movente in minimi traumatismi in corrispondenza delle zone colpite dalla dilatazione dei piccoli vasi, cosicchè basta talvolta l'atto del soffiarsi il naso o dello sternutire o del masticare o del lavarsi, per provocare emorragie.

In genere l'emorragia è il primo sintomo a comparire, in età abbastanza giovanile, verso i 14-15 anni e la frequenza e l'intensità di questa manifestazione vanno mano a mano aumentando col progredire dell'età; la durata dell'emorragia è variabile da qualche minuto a qualche ora, talvolta anche a qualche giorno e variabile è pure la sua intensità: in casi rarissimi può essere mortale.

Gli angiomi di solito compaiono in età più tarda e si presentano come piccole macchie, in genere confluenti, di grandezza variabile da quella di una capocchia di spillo a quella di un grano di miglio, di colorito rosso-vinoso, ed hanno la loro localizzazione elettiva in corrispondenza della cute delle guancie, delle orecchie, del mento e della mucosa nasale e buccale. Possono essere però riscontrati anche in altre zone cutanee o mucose ed anche in organi interni (fegato, reni). Gli angiomi cutanei scompaiono completamente con la diascopia. All'esame capillaroscopico appaiono formati da grossi tronchi vascolari ripieni di sangue.

Oltre alle emorragie e agli angiomi, costanti nel quadro dell'angiomatosi emorragica familiare, devono essere tenute presenti altre alterazioni di assai minore importanza e di scarsissima frequenza.

Una di esse è il tumore di milza, sempre però di modico grado e talora riconoscibile solo con la percussione dell'area splenica. In alcuni casi è stata riscontrata epatomegalia.

Lo studio del quadro ematologico ha sempre offerto in questi malati reperti normali o assai lievemente discosti dalla norma. L'esame morfologico rivela in genere la presenza di una anemia post-emorragica. Non alterazioni apprezzabili dei leucociti, non alterazioni sensibili del numero delle piastrine, del tempo di

emorragia e di quello di coagulazione. La prova dello stropiccio, di cui non è cenno nella letteratura, fu negativa nel caso dell'A.; il segno del laccio ha dato risultati non concordi nei pochi casi in cui è stato ricercato (nel caso dell'A. debolmente positivo). Nulla di notevole si ricava dall'esame chimico-fisico del siero di sangue.

Mentre le lesioni macroscopicamente rilevabili nei casi di malattia di Osler sono di scarsissima importanza, limitandosi agli angiomi, un grandissimo valore assume invece lo studio istologico non solo degli angiomi stessi, dei vasi e del connettivo delle zone angiomatose, ma anche quello dei tratti di cute non colpiti dalle dilatazioni vascolari. Le ricerche istologiche dimostrano un'alterazione costituzionale del mesenchima e più specialmente del tessuto di sostegno dei piccoli vasi e dell'apparato di sostegno mesenchimale in genere. Essa si rivela con la scomparsa dell'elastica e della muscolare dei piccoli vasi a livello della cute e con alterazioni gravi del collageno e dell'elastina, non solo nelle zone che presentano le dilatazioni vasali, ma anche nelle zone apparentemente sane, fatto questo che dimostra come si tratti di una malattia sistematizzata, pur essendo le alterazioni macroscopicamente rilevabili localizzate a questa od a quella zona cutanea o mucosa.

La causa prima ed essenziale di questa displasia mesenchimale sistematizzata e trasmissibile come carattere dominante attraverso l'uno o l'altro sesso ci sfugge completamente.

A questa debolezza del tessuto di sostegno si deve ricondurre la formazione delle dilatazioni vasali ed alla facile rottura delle loro pareti la comparsa delle emorragie.

Per quali ragioni la localizzazione degli angiomi avvenga con maggior frequenza in alcune determinate zone cutanee e mucose non è facile stabilire. Non è improbabile che gli abituali traumatismi, di lieve grado ma continui e ripetuti, favoriscano l'insediarsi delle lesioni vasali nelle regioni più esposte; certo si è che in questo fatto si deve, con ogni probabilità, ricercare una predisposizione ereditaria locale, poichè è possibile riscontrare con una certa frequenza nei diversi membri di una stessa famiglia un evidente parallelismo nelle localizzazioni cutanee e mucose degli angiomi.

Tutte le alterazioni riscontrabili a carico del quadro ematologico rientrano nel quadro delle anemie post-emorragiche, mentre la negatività della prova dello stropiccio sta a dimostrare una volta di più che la lesione anatomica della malattia non è a carico dell'endotelio vasale, ma del tessuto di sostegno.

È stata affermata la esistenza di forme fruste di malattia di Osler, di casi cioè in cui si presentano o un'angiomatosi pura o delle emorragie isolate. Cain e Oury assai recentemente hanno sostenuto che alcune forme di emorragie emorroidarie ribelli ai comuni trattamenti debbano considerarsi come esponenti di un quadro incompleto dell'angiomatosi emorragica.

La questione fondamentale è, senza dubbio, quella dell'ereditarietà della malattia, e solo nei casi in cui sia possibile dimostrare la presenza in alcuni membri della famiglia di casi di tipica malattia di Osler si potranno riportare allo stesso quadro le lesioni angiomatose od emorragiche isolatamente presenti negli altri componenti lo stesso gruppo familiare.

La diagnosi della malattia, basata sulla triade sintomatologica caratteristica, è facile. La prognosi è discretamente buona « quoad vitam » mentre è infausta «quoad valitudinem». Le uniche cure attuabili sono quelle sintomatiche, atte a frenare le emorragie ed a trattare l'anemia.

C. TOSCANO.

Tromboangioite obliterante. Anatomia patologica.

(J. DIEZ. *La Prensa Medica Argentina*, n. 21, 22, 23 e 30, maggio 1934).

Per molto tempo si è creduto che la tromboangioite obliterante si localizzasse unicamente nelle arterie e vene degli arti inferiori. Però da osservazioni fatte risulta che nel 30 % dei casi sono colpiti anche i vasi degli arti superiori e anche, sebbene con minore frequenza, le arterie di tutto l'organismo, onde bisogna considerare la tromboangioite come una affezione generale del sistema vascolare e questo concetto esige dal chirurgo una serie di precauzioni estreme per prevenire le molteplici complicazioni post-operatorie che possono condurre a morte il soggetto.

Le coronarie sono le arterie viscerali attaccate con più frequenza dalla tromboangioite che può determinare una lesione esclusivamente parietale oppure la sua totale occlusione; le ostruzioni lente sono tollerate dal miocardio grazie alle numerose anastomosi terminali, quelle brusche determinano la produzione degli infarti. Le crisi di angina pectoris appaiono come conseguenza delle lesioni parietali e il dolore può essere interpretato o come una vera claudicazione del miocardio insufficientemente irrorato e sottomesso ad un eccesso di lavoro oppure la lesione parietale agisce come una spina irritativa e origina uno spasmo coronario. Quando alle lesioni già esistenti si aggiunge una trombosi acuta si ha l'infarto del miocardio.

La tromboangioite delle arterie cerebrali è meno frequente e preferisce la Silviana e le arterie della base; l'accidente più frequente è l'emiplegia, però la paralisi ha breve durata per il ristabilirsi della circolazione collaterale.

La trombosi delle arterie mesenteriche segue nell'ordine di frequenza — rara è quella dell'aorta, delle renali e spermatiche.

Lo studio macroscopico permette differenziare varî stadi evolutivi della tromboangioite.

Quando le arterie degli arti sono ancora intatte è caratteristica l'enorme contrattura dell'involucro muscolare, dovuta ad un fenomeno riflesso, ad uno spasmo, che colpisce tutte le arterie dell'arto malato. Le arterie con lesioni parietali focali presentano un ingrossamento dei suoi varî involucri che al taglio si disegna a forma di mezza luna. Quando il processo è più avanzato il lume dell'arteria è occluso da una neoformazione sclerosa perforata da piccoli tunnel tortuosi.

Contemporaneamente alle lesioni endovascolari compare una fibrosi che invade tutto il fascio vascolo-nervoso e che si perde insensibilmente nel tessuto cellulare circostante.

Le vene sono colpite ugualmente dalle arterie, però più limitatamente; infatti mai si è visto oltrepassare il livello del cavo popliteo.

Microscopicamente le arterie possono essere parzialmente od obliterate del tutto e in questo caso è caratteristico l'enorme predomonio dell'involucro muscolare. Il lume può essere occluso da formazioni polipose o da un tessuto fibroso neoformato attraversato da molti tunnel. Esiste poi una grande varietà di obliterazione parziale. Le fibre muscolari sono perfettamente conservate e l'A. mai ha notato una infiltrazione leucocitaria e linfocitaria come hanno voluto sostenere varî altri studiosi. L'avventizia presenta una ipertrofia tanto più evidente quanto più avanzato è il processo. Del tessuto elastico caratteristico è lo sdoppiamento e ingrossamento della limitante interna. La endoarteria poi prolifera, ciò che è stato negato da Buerger.

A livello dei nervi periferici si è potuto osservare l'ingrossamento del neurilema e la fibrosa perineurilematica.

Riguardo all'interpretazione patogenetica delle lesioni istologiche due teorie fondamentali cercano di spiegare la patogenesi di queste lesioni di Winiwarter, il quale afferma che la lesione iniziale è una proliferazione dell'endoarteria che porta progressivamente a l'occlusione vascolare e quella di Buerger, il quale sostiene che su una arterite infettiva primitiva si sviluppa una trombosi che porta alla distruzione del vaso. Per il Diez invece tanto la proliferazione endovascolare quanto la trombosi intervengono come fattori primordiali nella genesi della tromboangioite. Le lesioni primitive sono costituite da una proliferazione dell'intima, di cui non si può assicurare l'origine infettiva, lesione proliferante che grazie alla comparsa dello spasmo è capace di occludere completamente il lume vascolare. La lesione dell'endotelio e l'ostacolo alla circolazione porta rapidamente alla trombosi autoctona. Con questa teoria ecclettica il Diez non solo concilia i punti di vista di Winiwarter e di Buerger ma spiega anche le osservazioni istologiche e l'evoluzione clinica della malattia.

N. DI PAOLA.

Effetto dell'adrenalina sulle estremità simpatectomizzate nell'uomo.

(REGINALD H. SMITHWICH, NORMAN E. FREEMAN, JAMES C. WHITE. *Archives of Surgery*, nov. 1934).

Un'altra causa di insuccesso delle operazioni per la malattia di Reynaud.

Nel Massachussetts General Hosp. sono state eseguite 75 ganglionectomie simpatiche per malattie vascolari; la grande maggioranza di queste operazioni furono eseguite per spasmo vascolare, un piccolo numero fu eseguito in casi di obliterazione dei vasi in cui era molto appariscente uno spasmo vasale.

I risultati immediati sono stati molto soddisfacenti, ma non si può dire lo stesso per i risultati a distanza. Gli AA. hanno trovato che i risultati della ganglionectomia lombare sono più durevoli che quelli della ganglionectomia dorsale.

Nello spasmo vascolare delle estremità inferiori gli AA. hanno asportato il tronco simpatico e il 2°, 3° e 4° ganglio lombare.

Nella ganglionectomia per gli arti superiori hanno asportato il ganglio cervicale inferiore e il 1° e il 2° dorsale.

Dopo questa operazione gli AA. hanno notato la ricomparsa dello spasmo vascolare a varî intervalli; le cause furono qualche volta l'esposizione al freddo o emozioni psichiche. Questi pazienti furono sottoposti a prove severe che dimostrarono, secondo ogni verosimiglianza, che esisteva un'interruzione completa delle vie efferenti simpatiche delle estremità in questione, perciò il ripetersi di uno spasmo vascolare non poteva essere spiegato con la rigenerazione dei nervi o un'operazione incompleta per asportarli.

Lo stretto rapporto esistente tra la ricomparsa dello spasmo e gli stimoli emotivi suggeriva fortemente che si trattasse di un'azione diretta sui vasi sanguigni dell'ormone circolante col sangue, l'adrenalina.

Perciò gli AA. hanno sottoposto ad alcuni esperimenti 9 pazienti simpatectomizzati per vedere come si comportavano in seguito a somministrazione di adrenalina.

In ogni caso è stata prima dimostrata la completa simpatectomia per mezzo del blocco con il cloridrato di procaina e con altre prove.

In seguito è stata eseguita una somministrazione endovenosa prolungata di una soluzione di adrenalina in soluz. fisiologica di Na Cl alla diluizione di 1:250.000, nella quantità di 40,60 gocce al minuto.

Risultati dell'esperimento: 1) In seguito alla somministrazione dell'adrenalina come su descritta compare una rapida caduta della temperatura superf. nelle estremità simpatectomizzate. Il colore delle estremità diventa cianotico. Quando cessa la somministrazione dell'adrenalina si ha una rapida ascesa nella temperatura superficiale e il colore torna nor-

male. Le estremità normalmente innervate mostrano relativamente piccole alterazioni nella temperatura superficiale e nel colorito.

2) In seguito al blocco coll'idroclorato di procaina le estremità acutamente simpatectomizzate non sembrano sensibilizzate e reagiscono come quelle normali.

3) Le estremità simpatectomizzate incompletamente reagiscono anche come quelle normali.

4) L'ipoglicemia da insulina produce una caduta nella temperatura superficiale delle estremità simpatectomizzate, che è simile a quella che avviene per l'iniezione di adrenalina. Gli AA. interpretano questo fatto ammettendo una ipersecrezione di adrenalina in questo stato.

Da un punto di vista chirurgico si può avere una soluzione con la completa escissione della porzione midollare delle gh. surrenali, la simpatectomia delle due gh. surrenali, o la simpatectomia di una e l'escissione dell'altra.

Gli AA. hanno eseguito quest'ultimo intervento sui gatti e i conigli, ma il tempo trascorso è ancora troppo breve per poterne dire i risultati.

Conclusioni. — 1) Si dimostra in questi esperimenti che i vasi sanguigni diventano sensibili all'adrenalina circolante in seguito alla resezione dei gangli simpatici.

2) I fenomeni vasospastici dell'ipoglicemia insulinica sono aboliti dall'enervazione soprarenale.

3) L'ipersensibilità delle arterie all'adrenalina avviene solo nella degenerazione dei nervi vasomotori. Non è presente dopo il blocco con il cloridrato di procaina.

4) Gli AA. credono che quest'ipersensibilità all'ormone circolante, l'adrenalina, che si sviluppa nelle estremità simpatectomizzate, costituisce una importante causa dei risultati non soddisfacenti nelle malattie di Raynaud.

R. MARTONE.

Embolectomia arteriosa.

(G. JEFFERSON. *The British Medical Journal*, 15 dicembre 1934).

Il trattamento ideale dell'embolismo arterioso, evenienza grave che richiede un intervento urgente quanto almeno è richiesto dalla perforazione di un viscere, è sicuramente l'arteriotomia immediata, la rimozione del coagulo e la sutura del vaso. Un tale intervento, quando riesce, serve a ristabilire la circolazione ed evitare la cancrena. Molti tentativi in questo senso erano stati fatti all'inizio di questo secolo, ma sempre senza successo: fino a che Carrel, con studi sperimentali non ebbe esattamente stabilito la tecnica più efficace da seguire nella chirurgia dei vasi. Fu così possibile a Labey, nel 1911, di operare con successo un primo caso di embolo della femorale. Dopo d'allora numerosi casi di embolectomia seguiti da ripristino della circolazione e della funzionalità sono stati riportati da varî chirurgi e specialmente dagli svedesi, con a capo Einar Key, si che oggi si possono calcolare a più di trecento i casi di embolectomie seguite da successo descritte nella letteratura.

L'A. descrive sei casi di embolectomia la cui illustrazione può riuscire interessante.

Caso I. Soggetto di 42 anni, operato di ernia ombelicale. Ventisei ore dopo l'operazione, dolori, parestesie e paralisi di tutti i muscoli al disotto del gomito sinistro.

Pulsazione normale alla succlavia, meno distinta sull'ascellare. Due ore e mezzo dopo l'inizio dei sintomi, in anestesia locale, arteriectomia all'unione fra arteria ascellare e brachiale, asportazione dell'embolo, sutura della parete arteriosa con seta fina paraffinata. Immediatamente ritorno del colore e della funzionalità muscolare e cessazione del dolore. Guarigione.

Caso II. Soggetto di 49 anni, diabetico, con ascesso del cavo ischio-rettale. Durante la notte viene svegliato da un dolore acuto al braccio sinistro. Visto dopo diverse ore, l'arto sinistro si presenta pallido, freddo, con assenza di tutti i movimenti delle dita. Pulsazioni assenti su tutto l'arto: al disopra della clavicola, premendo fortemente, si poteva avvertire la pulsazione della succlavia. Quindici ore dopo l'inizio dei sintomi, in anestesia morfio-scopolamina e gas, la succlavia sinistra veniva scoperta per mezzo di un'incisione trasversa, con sezione del capo clavicolare dello sterno cleidomastoideo, scostamento del nervo frenico e sezione dello scaleno anteriore. L'embolo era visibile e palpabile: isolamento dell'arteria, trazione con due strisce di gomma sul vaso al disopra ed al disotto del coagulo ed incisione dell'arteria: asportazione del coagulo principale e di altri piccoli, usando anche un piccolo tubo di vetro collegato con l'aspiratore. Sutura della parete arteriosa. Miglioramento netto dei sintomi: come esito finale cancrena limitata alle sole dita.

Caso III. Soggetto di 42 anni, affetto da fibrillazione auricolare. Embolo alla biforcazione della arteria brachiale: operato dopo due ore e mezzo. Embolectomia. Guarigione.

Caso IV. Soggetto di 66 anni, con fibrillazione auricolare. Diagnosi di embolo alla biforcazione della iliaca comune. Operato cinque ore dopo l'embolismo, per via estraperitoneale viene rimosso l'embolo, che aveva forma di Y. Guarigione.

Caso V. Soggetto di 52 anni con stenosi mitralica. Diagnosi di embolo nella femorale profonda. Operato di embolectomia, il risultato immediato fu buono, ma nei giorni seguenti, accentuandosi la sintomatologia, fu ne-

cessario amputare la gamba. Si trovò un altro embolo che bloccava l'arteria tibiale posteriore.

Caso VI. Soggetto di 48 anni, con fibrillazione auricolare. Diagnosi di embolia brachiale. Operato dopo 13 ore fu asportato un embolo al limite superiore della arteria brachiale di destra. Una seconda incisione nel terzo inferiore del braccio permise l'estrazione di un secondo embolo. Nessun miglioramento. Il giorno seguente morte per embolia della mesenterica.

Caso VII. Soggetto di 33 anni con endocardite ulcerativa e aortite. Diagnosi di embolia arteriosa dell'arto inferiore senza precisa localizzazione. Operato tre ore ed un quarto dopo l'inizio della sintomatologia, fu praticata una incisione per esplorare l'arteria iliaca. Si trovò un ematoma che occupava la metà anteriore della circonferenza del vaso, al disotto dell'avventizia quasi si trattasse del primo stadio di un aneurisma dissecante. La raccolta sanguigna fu incisa: si notò un miglioramento delle condizioni dell'arto, ma dopo tre giorni si ebbe morte per altre circostanze sfavorevoli.

Dall'insieme di questi casi si possono dedurre alcuni dati di fatto importanti.

La diagnosi di embolia arteriosa è abbastanza facile perchè il medico pratico possa farla subito ed inviare quindi al più presto il malato al chirurgo. Perchè l'embolectomia riesca è bene che si intervenga subito, da quattro ore al massimo fino a dieci ore dopo l'inizio della sintomatologia.

Il quadro clinico consiste in dolore, pallore, parolisi ed assenza di pulsazione nell'arto colpito. Talvolta si trova anche anestesia cutanea in delimitati territori cutanei. Anche la diagnosi di localizzazione è abbastanza facile: difficile può risultare quando si tratta di emboli multipli o quando l'embolo, che si era prima arrestato in una arteria, si sposta e si arresta ad un livello più basso. Gli emboli di solito si fermano alle biforcazioni. Se vi è molta difficoltà a localizzare l'embolo si può ricorrere all'arteriografia. Talvolta l'embolo non occlude completamente l'arteria e lascia passare una piccola quantità di sangue: in tali casi la sintomatologia è molto meno accentuata e può risolversi per la discesa dell'embolo in un ramo arterioso meno importante.

Riguardo alla cura l'A. crede che molti degli insuccessi siano dovuti al fatto che, o si è intervenuti troppo tardi, oppure esistevano più emboli e non perchè si venga ad avere una trombosi nel punto in cui l'arteria è stata incisa. L'anestesia da preferirsi è quella locale per infiltrazione.

G. La Cava.

Occlusione delle vene sovraepàtiche con obliterazione della vena cava inferiore e di tutte le sue collaterali con persistenza della vena ombelicale e ginecomastia.

(A. Spinelli e C. Panà. *Rivista di Clinica Medica*. Fasc. 14-15, 1934).

È noto da tempo un quadro morboso, poco conosciuto dal punto di vista clinico, perchè difficilmente diagnosticabile in vita, che è sostenuto da un ostacolo permanente nel deflusso sanguigno per la via delle vene sovraepatiche. Tale quadro riveste un interesse notevole, malgrado la sua rarità, ed è stato oggetto di studio accurato dal lato anatomico ed istologico. Sotto il nome di sindrome di Baumgarten sono descritti dei casi, anch'essi eccezionali e noti solamente attraverso reperti di autopsia i quali sono caratterizzati dalla persistenza e dalla pervietà anche dopo la nascita della vena ombelicale in tutto il suo tratto, dalla porta fino all'ombelico.

D'altra parte sono ben noti i quadri clinici ed anatomo-patologici di obliterazione, totale o parziale, della sola vena cava inferiore. Il caso descritto dagli AA. è veramente interessante perchè in esso questi tre stati morbosi, obliterazione delle sovraepatiche, persistenza della vena ombelicale, occlusione della vena cava inferiore, sono risultati coesistenti. Si trattava di un giovane di 16 anni, il quale tre anni prima dell'ingresso aveva avuto ittero intenso, non accompagnato da febbre nè da fenomeni dolorosi, e che scomparve dopo circa un mese. Da quattro mesi aveva notato grave deperimento e diminuzione delle forze, inappetenza e lievi rialzi termici serotini. Dopo qualche giorno aveva notato tumefazione del ventre ed edemi ai malleoli. Dall'addome furono estratti circa 2000 cc. di liquido giallo citrino.

Fatta diagnosi di probabilità di una forma tubercolare di cirrosi epatica con ascite si intervenne con laparatomia a scopo esplorativo per una eventuale omentopessia che migliorasse le condizioni di circolo creando nuove vie di deflusso nel campo venoso portale. Il che venne fatto.

Essendo però venuto il p. a morte l'autopsia dimostrò, oltre i dati riferentesi all'intervento chirurgico, una trombosi antica occludente il tronco della vena cava inferiore nel suo tratto sotto diaframmatico, delle vene sovraepatiche, delle vene renali, spermatiche ed iliache. Enorme dilatazione del sistema venoso sottocutaneo addominale e toracico, delle freniche e delle vene della capsula adiposa del rene. Pervietà della vena ombelicale. Fegato da stasi cronica. Edema polmonare bilaterale, ipoplasia dell'apparato cardio-vascolare con

dilatazione di alto grado dell'atrio di destra, della vena cava superiore e del tratto toracico della v. cava inferiore. Infantilismo con ginecomastia bilaterale e atrofia testicolare.

In un caso di sì complessa entità varî sono i problemi che si possono affacciare e che richiederebbero una soluzione. Gli AA. dopo aver fatto un'ampia rivista critica della letteratura esistente sopra i diversi argomenti inerenti al caso, basandosi sopra uno studio veramente accurato dei dati clinici ed ancor più dei reperti istologici che esclusero l'esistenza di qualsiasi forma infiammatoria, vengono alla conclusione che, nel loro caso, l'inizio della affezione debba essere fissato nell'ultimo periodo della vita fetale. Soffermandosi in particolare poi sulla sindrome di Baumgarten ne discutono la patogenesi, ne indagano la frequenza, stabilendo su basi anatomiche il meccanismo di formazione del circolo collaterale porta-ombelicale-cava superiore.

G. LA CAVA.

MISCELLANEA.

I recenti progressi nella terapia delle malattie tropicali.

(W. KIKUTH. *Kl. Woch.*, 10 novembre 1934).

L'A. accenna alle grandi tappe seguite nello studio del problema terapeutico in genere, di quello riguardante le malattie tropicali in ispecie. La ricerca della terapia causale delle malattie infettive si è impuntata dapprima nella applicazione dei disinfettanti chimici, che in primo tempo ha deluso; l'esordire trionfale della sieroterapia ha avuto la sua ripercussione benefica anche nel campo delle malattie tropicali, dove notevoli successi sono stati registrati mediante l'applicazione di essa al colera ed alla febbre gialla; in quest'ultima, l'associazione del vaccino da virus fisso col siero immunizzante, ha permesso di realizzare un sistema profilattico (Sawyer, Findlay ecc.).

I mezzi immunologici fallivano però nella applicazione alle malattie protozoarie; e si ritornava di nuovo ai mezzi chimici, seguendo le orme di Ehrlich; e infatti in questo campo che sono stati conseguiti i maggiori trionfi; basta citare la scoperta dell'emetina e del Yatren, l'applicazione della Germanina e del triparsamide nella malattia del sonno. Soffermandosi sugli ultimi due farmaci l'A. sottolinea il potere profilattico della Germanina; dopo la somministrazione di 1 gr. di essa endovena, l'individuo per circa 3 mesi rimane non infettabile; nel suo potere curativo la Germanina è inferiore alla triparsamide che riesce efficace anche negli stadi avanzati della malattia; però a differenza di questa crea molto più raramente i ceppi arsenoresistenti, che nel caso della triparsamide rimangono tali anche dopo il passaggio attraverso l'insetto trasmittente.

Per quel che riguarda le modalità d'azione dei medicamenti chimici, queste secondo l'A. possono essere sia dirette che indirette (mediante esaltazione di difese organiche); l'attività diretta è stata molte volte rilevata anche in vitro: così le soluzioni anche diluitissime uccidono i tripanasomi in vitro (a meno che non siano arseno-resistenti); l'emetina diluita un milione di volte, non uccide le amebe (tale azione non si ha neanche con soluzioni concentrate), ma ne inibisce la divisione e conseguentemente la moltiplicazione. Tale azione è strettamente specifica per l'entameba histolytica e non si manifesta per l'ent. coli.

In seguito l'A. si sofferma sui progressi nel campo della terapia della malaria, realizzati con la scoperta dei nuovi mezzi sintetici. Egli rileva come la plasmochina per la sua azione gameticida ha permesso di influire sul decorso epidemico; come l'atebrina, per la possibilità del trattamento breve rende più facile la terapia e, associata alla plasmochina, riduce di molto il numero delle recidive. Anche la ricerca del mezzo profilattico antimalarico seguirà indubbiamente la via dei preparati sintetici.

I successi raggiunti sono dunque stati notevoli ed incoraggiano a ulteriore ricerca. È interessante di osservare però come nel campo delle malattie infettive tropicali la terapia è molto più efficace e si direbbe più felice che non nelle infezioni dei climi moderati, malgrado tentativi innumerevoli di debellare quelle che costituiscono sempre una minaccia dell'individuo dei paesi civili, e talora ledono collettività intere.

S. MINZ.

Herpes zoster cephalicus (20 osservazioni personali).

(F. WIEGMANN. *Münch. Medizin. Wochenschr.*, 20 dicembre 1934).

Herpes zoster cephalicus è quella forma di erpete in cui le vescicole si formano nel territorio di distribuzione dei nervi cranici. Contrariamente all'*herpes thoracicus*, per lo più le manifestazioni non si limitano al territorio di un solo nervo cranico, ma invadono anche altri territori: questa differenza è dovuta al fatto che, a differenza dai nervi intercostali, i nervi cranici presentano numerose anastomosi Nei 20 casi dell'A., 11 presentavano un erpete semplice, 9 il tipo polinevritico. In 3 casi del primo gruppo l'erpete era bilaterale ma non simmetrico (palpebra superiore destra e angolo oculo-nasale sinistro; padiglione auricolare sinistro e mucosa del setto nasale dell'altro lato; padiglione auricolare sinistro e parte destra del velo palatino). Nelle forme polineuritiche erano colpiti prevalentemente il nervo trigemino ed il nervo facciale. In uno di questi casi esistevano un erpete laringeo con tipiche vescicole ed ulcerazioni della mucosa, paralisi del ricorrente, erpete della parete faringea con paralisi del velopendolo ed erpete del padiglione auricolare destro con nevralgia occipitale e del trigemino.

L'herpes zoster è una nevrite, che può assumere sia il tipo mononevritico che quello polinevritico. L'etiologia è per lo più infettiva; esistono anche casi dovuti a cause tossiche ed a fattori traumatici; non è ancora ben stabilito se anche questi ultimi due gruppi di fattori non agiscano per via indiretta, risvegliando dei germi infettivi. Nella maggior parte dei casi il processo nevritico colpisce il ganglio e la parte periferica del nervo. Alcuni sostengono una origine meningogena: la malattia colpirebbe primitivamente le meningi e da queste si estenderebbe secondariamente al ganglio ed al nervo. L'origine meningogena è bensì possibile, non dovrebbe essere però frequente. La forma polinevritica viene spiegata da Minkowsky con la trasmissione della malattia lungo le anastomosi: perciò l'erpete toracico sarebbe mononevritico (assenza di anastomosi nei nervi intercostali), l'erpete cefalico invece, spesso polinevritico. La ipotesi di Minkowsky, probabilmente esatta per un certo numero di casi, non spiega però le forme bilaterali di erpete cefalico; forme in cui si deve escludere anche la origine meningogena per la assenza di alterazioni meningee.

Tra le comuni mono- e polinevriti, l'*herpes zoster* occupa un posto a sè soltanto per la coesistenza della eruzione vescicolare; il nome più appropriato sarebbe quindi quello di « mono- o polinevrite erpetiforme ».

La diagnosi differenziale può presentare delle difficoltà quando ancora non siano comparse le vescicole o quando queste siano regredite. Si potrebbe allora confondere la malattia con la otite interna (in caso di nevrite del n. cocleare o n. vestibolare), con la sindrome di Ménière (in caso di nevrite del n. acustico), con la otite grippale (in caso di eruzione erpetiforme nel meato uditivo e sul timpano), con la nevrite luetica e con le lesioni dei nervi cranici da tumore cerebrale. Un importante segno che differenzia da tutte le forme suddette, la nevrite erpetiforme, è la spiccata iperalgesia cutanea che in quest'ultima si constata nei territori colpiti.

La terapia è quella solita delle nevriti: riposo, eliminazione degli stimoli locali, dieta vegetale. Localmente, pomate ed analgesici. Buoni risultati dà la applicazione del calore, sia asciutto che umido, nell'erpete delle mucose.

R. Pollitzer.

Sulle cause della raucedine cronica.

(M. Nadoleczny. *Münch. Med. Wochenschr.*, 3 genn. 1935).

Varie e molteplici sono le contingenze che possono provocare l'instaurarsi di una raucedine cronica; un ampio elenco di esse, che non è possibile riportare qui per esteso, viene redatto dall'A. Sono però sopratutto degne di rilievo le osservazioni fatte a proposito delle raucedini funzionali, le quali solo in secondo tempo possono portare ad alterazioni anatomiche. In tale caso il concetto *funzionale* non è contrapposto al concetto di *organico* nel senso che non si tratta di disturbi insorti sul terreno isterico, cui così frequentemente ed inopportunamente vengono riferiti le alterazioni della voce, per le quali non è possibile la dimostrazione di un'alterazione anatomica; la raucedine invece è dovuta spesso ad un affaticamento eccessivo dell'organo vocale che, solo qualche volta, ha per fattore coadiuvante un'eventuale imperfezione congenita ed acquisita.

Così, già nei bambini, anche se di tenera età e sopratutto negli scolari, la raucedine insorge spesso per la tendenza a superare la tonalità adatta, tendenza dovuta a sua volta o al desiderio di farsi sentire meglio degli altri, o all'imitare inconsciamente la tonalità dominante nell'ambiente; la pratica eccessiva del canto può portare a risultati analoghi. Il pericolo della raucedine funzionale è specialmente notevole nel periodo del mutamento della voce, quando l'organo fonetico è molto più fragile e sensibile a causa del suo rapido accrescimento.

Le discinesie vocali degli adulti, possono dipendere, oltre che dalla debolezza congenita (e spesso ereditaria), anche da una errata tecnica di emissione della voce parlata o cantata. Uno dei fattori coadiuvanti e talora causali è rappresentato dall'intervento dell'elemento neuropatico; il paziente, cui l'attenzione è rivolta alla propria voce, cerca continuamente di impostarla artificialmente, di schiarirla, sforzando sempre di più le sue corde vocali; il « raschiare » volontario che il soggetto pratica per allontanare il catarro eventualmente presente non fa che provocare maggiore secrezione; l'uscita da questo circolo vizioso non è possibile se non dopo la proibizione assoluta di « rischiarare » la voce. Nelle sue forme più marcate la neuropatia può portare ad un'afonia da spasmo.

Per quel che riguarda il trattamento, nelle forme dovute ad una emissione falsa si dovrà ricorrere ad esercizi fonetici adatti; quando invece si nota che la disfonia costituisce una preoccupazione grave e un centro d'attenzione del paziente, si praticherà l'opportuna cura psicoterapica; anche se si dovessero scoprire modiche alterazioni organiche del sistema fonetico, per lo più causate da disturbi funzionali pregressi, queste dovranno essere taciute, o eventualmente spiegate al p. quali insignificanti. L'opportuna ginnastica vocale, associata a trattamento anestetizzante locale, farà il resto. Naturalmente anche la professione del malato dev'essere tenuta presente sia nella ricerca etiologica che nelle prescrizioni curative.

Infine l'A. ricorda come la semeiotica degli organi della fonazione non può fare a meno delle prove funzionali, destinate a svelare le qualità, l'estensione e i difetti della voce emessa; senza di esse anche la terapia non può essere che illusoria, e rimane senza la conferma dei risultati funzionali ottenuti.

S. Minz.

La fleboclisi "a permanenza".

(E. FARGUHARSON. *Edinbourgh Med. Journ.*, sett. 1934).

La somministrazione continua di soluzione fisiologica per via endovenosa è stata proposta da Matas sin dal 1924. Tale sistema però solo recentemente ha trovato applicazione più diffusa, specie in America.

L'A. enumera i vantaggi, le indicazioni e mette a punto la tecnica relativamente facile della fleboclisi continua.

L'A. la considera quale un procedimento più fisiologico e meno lesivo della retto- od ipodermoclisi, con esso si assicura un continuo apporto della soluzione opportuna all'organismo. Spesso tale via è unica inquantochè la via rettale può essere controindicata (p. es. dopo gli interventi sull'intestino o per l'intolleranza della mucosa del colon) e la via sottocutanea si presta solo ad introduzione limitata di liquido. D'altra parte, mentre colla solita fleboclisi vengono introdotte rapidamente grandi quantità di liquido, il chè non sempre costituisce un vantaggio, la fleboclisi continuata, graduata opportunamente consente l'introduzione graduale di liquidi, tanto di non superare i 200-300 cc. all'ora. Come l'esperienza ha dimostrato la durata della fleboclisi « a permanenza » può essere anche di 10-12 giorni, senza alcun danno locale o generale.

Le sue indicazioni sono molteplici: quale preparazione preoperatoria nel caso di pazienti anemizzati, durante interventi chirurgici per prevenire la possibilità dei choc da caduta di pressione, nel decorso post-operatorio, dove rende preziosi servizi facendo evitare le solite complicazioni sotto forma di nausea, vomiti, anuria, e nello stesso tempo può rappresentare un mezzo di nutrimento, qualora si ricorre alla soluzione glucosata che unita all'insulina può essere addirittura providenziale nel coma diabetico. Nella pratica ostetrica la fleboclisi continuata si è dimostrata utile nell'eclampsia, nel periodo preeclamptico, nella iperemesi delle gravide, nella sepsi puerperale ecc.

L'aggiunta delle sostanze terapeutiche al liquido da iniettare apre dei nuovi orizzonti specie nel campo delle malattie infettive, dove si è visto che l'introduzione lenta delle sostanze antitossiche e specialmente del siero permette non solo di superare di molto le dosi abituali. ma anche di evitare gli incidenti anafilattici (Hyman e Hischfeld).

La tecnica e lo strumentario per la fleboclisi continuata sono facilmente accessibili. Viene adoperato il solito boccione a cui si unisce il tubo di gomma coll'ago o ago-cannula; per riscaldare il liquido da iniettare l'A. raccomanda di fare passare una parte del tubo foggiata a U attraverso un termos nel quale ogni 2 ore viene messa l'acqua bollente; nell'ulteriore segmento del tubo il liquido, data la lentezza del movimento, si raffredda di tanto da avvicinarsi alla temperatura corporea. Per l'introduzione dell'ago è da presciegliersi la vena radiale al 3° inf. dell'avambraccio, dove la mobilità è minore che non alla piega del gomito; l'ago viene fissato col cerotto, l'avambraccio fasciato e messo in posizione di riposo.

Gli inconvenienti di un tale procedimento sono minimi e facilmente evitabili; facendo passare attraverso l'ago 30-40 goccie al minuto' difficilmente vengono superate le facoltà secretrici dell'organismo. Dopo 3-4 giorni si può manifestare leggero gonfiore dell'arto che del resto non progredisce e solo in rari casi riesce doloroso. In caso di infusioni glucosate si può verificare una « flebite chimica » del braccio, che scompare non appena si leva l'ago.

L'A. ha applicato la fleboclisi continuata in 45 casi secondo le indicazioni e la tecnica citata, quasi sempre con ottimi risultati.

Abbiamo dunque davanti a noi un procedimento relativamente nuovo, il quale a pregi di facile esecuzione unisce quelli di vantaggi non trascurabili; forse, come ogni nuova via potrà anche portare ad applicazioni e risultati ancora poco prevedibili. S. MINZ.

DIVAGAZIONI

Le virtù magiche e terapeutiche dell'urina.

Ai liquidi dell'organismo sono state spesso attribuite in passato proprietà particolari, quasi sopranaturali, che la scienza moderna dimostra in qualche caso non sempre del tutto infondate. In minor grado che per il sangue — centro di tutte le stregonerie — anche l'urina è stata l'oggetto di pratiche magiche e di applicazioni terapeutiche anche in tempi non lontanissimi. Un manuale di materia medica del 1716 la raccomandava per uso interno contro l'ostruzione del fegato, della milza, della cistifellea, per prevenire la peste, per alleviare la gotta, guarire l'idropisia e dissipare i vapori. L'urina del marito, bevuta dalla moglie durante le doglie, facilita il parto (ormone ipofisario?). Parecchi guarirono dai morsi di vipera bevendo alcune once di urina.

Nemmeno le delicate signore disdegnavano tale rimedio e la stessa Madama di Sevigné, in una lettera del 1685 vantava gli effetti dell'essenza di urina. Un rimedio sovrano è stato il balsamo di urina, che guarisce tutte le infezioni, arresta i vomiti e fa ritornare i mestrui.

Antichissimo ne è l'uso nella cosmesi; i Celtiberi, di fatto, l'utilizzavano come dentrificio e Catullo canzona, in un suo carme, un tale Egnatium, che coglieva qualunque occasione per mostrare il candore dei suoi denti. dovuto certamente alle sue abitudini da Celtibero:

« Quod quisque minxit, hoc solet sibi mane
Dentem, atque russam confricare gengivam».

Il significato diagnostico e prognostico che si può trarre dall'esame dell'urina non era sfuggito ad Ippocrate ed è poi stato messo in onore dalla scuola alessandrina e, più tardi, dagli arabi e codificato dalla Scuola Salerni-

tana. L'uroscopia si diffuse largamente, passando poi alla moderna analisi urologica, ma dovette per lungo tempo limitarsi all'osservazione dei caratteri esterni non escluso forse il sapore. Un antico « *Discus urinae* » riproduce i varî aspetti e colori dell'urina, con gradazioni di tinte molto maggiori che non l'odierna tabella di Vogel.

Vivaci polemiche si accesero sul valore dell'uroscopia. Uno dei primi a ridurne il valore entro più modesti limiti fu il medico romano Clementius Clementinus (1512) a cui seguì E. Cordus che, nel suo trattato « De Urinis » pubblicato a Francoforte nel 1543, ribatte le opinioni di coloro che — non diversamente dai clienti d'oggi — pretenderebbero riconoscere con l'esame dell'urina tutte le malattie.

Tale limitazione del valore dell'uroscopia era necessaria, tanto più che questa era frattanto degenerata in una vera uromanzia, che fiorì specialmente in Germania nei secoli XVI e XVII. La tecnica dell'esame dell'urina si raffinava con arti magiche; la si esaminava in vicinanza di uno specchio, col sussidio di un anello magico, proveniente da Venezia che, accostato all'orecchio susurrava i presagi. E l'uromanzia non si limita alla medicina, ma estende il suo campo di azione ai presagi amorosi, agli affari di denaro, agli avvelenamenti, ecc.

L'iconografia ci mostra l'attività degli uroscopi ed uromanti, a cominciare da un bassorilievo della Cattedrale di Rouen (1180-1200) segnalato da Nicolle, in cui S. Luca, il patrono dei medici, considera un urinale tenuto ad altezza dell'occhio. Analoga raffigurazione troviamo in una terracotta robbiana all'ospedale del Ceppo in Pistoia. Ma sono stati soprattutto i fiamminghi che hanno maggiormente contribuito a farci conoscere la diffusione e le pratiche dell'uroscopia. Van Ostade, Teniers, J. Toorenvliet ed il Dou, nella sua donna idropica e nel grazioso quadretto del « Mal d'amore e le urine ».

La scienza moderna ha fatto *tabula rasa* di tutto ciò, ma le scoperte modernissime ritrovano qualche germe di verità nelle antiche pratiche e superstizioni. Così, è proprio ridicolo e riprovevole l'antichissimo e volgare uso di lavare le ferite recenti con l'urina? Nella maggior parte dei casi, questo è un liquido perfettamente sterile e come tale adatto per trattare asetticamente le ferite; per di più, ha il vantaggio di essere tiepido ed ipertonico e, quindi, nulla osta che in mancanza di meglio possa anche essere utilizzabile.

Le recenti ricerche sul passaggio degli ormoni ipofisari accennano a virtù maravigliose di questo liquido. Si è sempre riso dagli uromanti che, dall'esame dell'urina, e su tale esame è basata una facezia del leggendario mons. Perrelli, asserivano la presenza o meno di una gravidanza; essi non hanno fatto che preconizzare le scoperte di Aschheim e Zondek che, se pure alquanto più complicate di un esame uroscopico, arrivano allo stesso scopo e sono ormai entrate nella pratica. Ma non solo l'urina della gravida, bensì quella della donna in genere, si presenta ricca di particolari sostanze. Specialmente nel periodo premestruale si trovano in quantità spesso assai rilevanti, l'estrogenica e la preipofisina, di cui è nota l'azione stimolante sull'apparato sessuale. Le esperienze di Warschawsky dimostrano l'azione mascolinizzante dell'urina di donna incinta; altri autori, in bambini con ipopituitarismo, ottennero aumento di volume dei genitali e sviluppo dei caratteri sessuali secondari.

Altri ancora curarono con lo stesso rimedio delle insufficienze pituito-ovariche e varie anomalie mestruali, osservando miglioramenti nello stato generale ed il ritorno dell'appetito sessuale. Effetti strani che le moderne teorie endocrinologiche attribuiscono alla presenza di varî ormoni, ma che spiegano forse certe perversioni sessuali ed il culto dei primitivi per l'urina, che continua inconsciamente ai giorni nostri e che Havelock Ellis riassume e generalizza col nome di ondinismo.

Alcuni anni fa, l'idea di usare l'urina nella terapia appariva come una pratica ributtante ed una curiosità arcaica di tempi da lungo sorpassati. Oggi, la vediamo somministrare per clistere e per iniezioni ed anche per bocca in forma di estratti e di costose specialità, preparate con metodi che fra qualche secolo faranno sorridere, come noi sorridiamo oggi leggendo la complicata preparazione del balsamo di urina, quale ci è descritta da Reusner.

A. Filippini.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Ergebnisse der gesamten Medizin. Vol. 19, anno 1934. Diretti da Th. BRUGSCH. Un vol. in-8°, di 572 pag., con 138 fig. Urban e Schwarzenberg, Berlino, 1934. Prezzo RM. 27 (rilegato RM. 30).

È questo il XIX volume della serie dell'importante pubblicazione, che espone in eccellenti monografie dettate dai migliori specialisti per le singole materie le vedute attuali e più moderne su determinati argomenti.

Il volume contiene 16 lavori, alcuni dei quali di oltre 60 pagine. Ne diamo l'elenco con il nome dei rispettivi autori.

Vitamine ed ormoni (L. v. Gordon). La guarigione naturale mediante la malattia (E. Neter). La tubercolosi laringea; suoi rapporti con il quadro polmonare e suo trattamento (A. Sylla). La patologia del morbo di Bright (R. Hückel). La pertosse (B. de Rudder e C. Bennholdt-Thomsen). Considerazioni generali sulla tubercolosi cutanea (F. Blumenthal). Le forme cliniche della tubercolosi cutanea (C. Fr. Funk). Fisiologia e farmacologia dei movimenti uterini (H. Seel). Progressi della terapia fisica (E. Schliephake). Il trattamento dell'ulcera gastrica con l'alimentazione digiunale per mezzo di sonda (H. G. Scholtz). Il retto nel quadro radiologico (W. Wagner). La psittacosi (C. Hegler). Sui gravi disturbi di movimento dello stomaco nel poppante -pilorospasmo, pilorostenosi (H. v. Mettenheim). La silicosi (A. Böhme). La trombosi e l'embolia in chirurgia (S. Frey). Il significato clinico del polso venoso con speciale riguardo all'aumentata attività tiroidea (B. Misske). *fil.*

F. ROSENTHAL. *Krankheiten der Leber und der Gallenwege*. Ed. Springer, Berlin, 1934. R.M. 18,80.

Il libro si apre con vedute generali sul significato della patologia del fegato, sulle sue principali funzioni fisiologiche e sui metodi di esame funzionale, per ognuna di queste.

Dopo un rapido abbozzo della sintomatologia epatica, in senso lato, si ha una chiara esposizione dottrinale sull'origine e la composizione della bile ed una presentazione clinica delle varie forme d'ittero.

Seguono le forme leggere e gravi di malattie acute diffuse del fegato, le cirrosi (cui sono dedicati tre capitoli), le infezioni specifiche, le malattie di natura non infiammatoria, i tumori benigni e maligni, l'echinococcosi, le malattie dei vasi del fegato.

Infine sono trattate le affezioni delle vie biliari.

In complesso un libro utile e interessante, chiaro, aggiornato: ed una bella veste editoriale. V. SERRA.

E. CHABROL. *La thérapeutique cholagogue*. Un vol. in-8°, di 47 pagg. J.-B. Baillière et fils, Paris, 1934. Prezzo 6 fr.

La frequenza dei disturbi epatici rende di grande attualità la questione dei colagoghi e dei coleretici e spiega il gran numero di specialità del genere che sono state lanciate in questi ultimi tempi.

L'A. studia sistematicamente la questione esaminando partitamente i vari metodi e le diverse sostanze usate, basandosi essenzialmente sulle numerose ricerche da lui fatte, spesso negative anche per alcuni rimedî che godono una certa fama sotto tale riguardo (bolodo, rabarbaro). *fil.*

A. LEMIERRE e L. JUSTIN-BESANÇON. *Cure hydroclimathique des maladies du rein et des vies urinaires*. Masson e C., Paris, 1934. Fr. 20.

Gli AA., premesse alcune indicazioni d'indole generale, ricordati alcuni dati sull'esplorazione funzionale renale, trattano diffusamente l'uso del trattamento termale nella cura delle nefriti, di alcune turbe renali dette funzionali, della litiasi renale ed infine delle infezioni urinarie. Molto opportunamente precisano che le indicazioni non possono essere stabilite in un renale od in un urinario se non dopo avere eseguito uno studio accurato basato sugli esami clinici e sui dati di laboratorio.

All'esplorazione funzionale renale ed alle indicazioni cliniche delle cure termali è dedicata la prima parte del libro.

La parte propriamente idrologica è divisa in tre capitoli, ove gli AA. si soffermano particolarmente sullo studio fisiologico delle cure termali nelle malattie del rene e sull'organizzazione delle cure.

Accennano infine brevemente le varie indicazioni e controindicazioni generali e quelle speciali.

Il volume, che presenta un indubbio interesse per l'importanza delle questioni mediche moderne ivi trattate, consta di 138 pagine con 14 figure. A. VITALE.

F. HENRIJEAN e R. WAUCOMONT. *Les médicaments antisyphiliques*. Un vol. in-16°, di 186 pagg. Masson et C.ie, Paris, 1933. Prezzo 20 fr.

La terapia della sifilide, ben lungi dall'essere dominio esclusivo dello specialista, entra largamente nell'attività di ogni medico pratico ed è bene che così sia per le molteplici manifestazioni che tale malattia dà nell'organismo in generale. Ma, al momento di applicare la terapia, il medico, che non ha avuto occasione di curare molti sifilitici, rimane spesso indeciso: il medicamento da scegliere, la via da usare, le dosi, gli inconvenienti, ecc., sono altrettanti problemi che gli si presentano e che gli AA. qui risolvono, trattando dapprima con

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

la maggiore ampiezza gli arsenicali ed in seguito il bismuto ed il mercurio, accennando da ultimo al trattamento misto.

Libro essenzialmente pratico e di evidente utilità. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 1° febbraio 1935.

Presidente: Prof. A. PENSA.

Studio istologico di un tumore della pelle con alcune considerazioni sulla natura delle cellule dendritiche dell'epidermide.

Prof. EMILIO VERATTI. — Dall'esame istologico particolareggiato di un tumore ulcerato della cute del piede con metastasi nelle linfoghiandole regionali e dall'analisi di una serie di singolari alterazioni dell'epidermide in corrispondenza dei bordi dell'ulcerazione l'O., dopo aver preso in considerazione e discusse le diverse interpretazioni possibili, conclude doversi ritenere che la neoformazione maligna abbia preso origine dalle cellule dendritiche dell'epidermide. Siccome poi il tumore, sia nel nodo principale che nelle metastasi, ha la struttura di un fibro-sarcoma a cellule polimorfe, l'O. ritiene che da ciò si possa trarre argomento per affermare che le cellule dendritiche, contrariamente all'opinione oggi prevalente, devono essere di natura connettivale.

Ricerche batteriologiche nelle infezioni della cistifellea.

Dott. IPPOLITO BORSOTTI. — L'O. ha coltivato la bile e la parete di 53 vescichette biliari chirurgicamente asportate o stomizzate nella R. Clinica Chirurgica di Pavia ed ha avuto il 39,9 % di culture positive con prevalenza di stafilococco (55 %) cui seguono il coli (25 %), lo streptococco (25 %), il bacillo del tifo (5 %) ed il paratifo B (5 %). Ha studiato anche istologicamente tutte le cistifellee asportate; avendo potuto osservare talora lesioni infiammatorie imponenti in cistifellee risultate batteriologicamente sterili, richiama l'attenzione sulla importanza della preparazione preoperatoria con antisettici e drenaggio medico.

Ricerche sul tropismo dei germi: studi su alcuni ceppi di stafilococco isolati da colecistiti umane.

Dott. IPPOLITO BORSOTTI. — L'O. ha voluto ricercare l'esistenza di un tropismo per la colecisti in alcuni ceppi di stafilococco provenienti da colecistiti umane; i germi venivano iniettati nel coniglio per vie diverse: direttamente in circolo in animali normali, oppure precedentemente sottoposti alla introduzione di un corpo straniero nella cistifellea; nel circolo portale o direttamente in cistifellea. Tali esperienze diedero risultati pressochè analoghi a quelle condotte con stafilococchi di provenienza indifferente.

Un caso di osteomielite del pube.

Dott. IPPOLITO BORSOTTI. — L'O., dopo aver dato un rapido sguardo alla letteratura, che permette di riunire non più di 36 casi, illustra un caso di osteomielite acuta primitiva del pube, di natura ematogena, a carico della spina e della branca orizzontale destra, con sintomatologia completa in un giovane di 18 anni.

Considerazioni su di un caso di porpora addominale.

Dott. ALESSANDRO BASCAPÈ. — L'O. descrive una varietà di Porpora di Schoenlein-Henoc, mettendo in rilievo il fatto emorragico addominale predominante sul quadro sintomatologico.

Il Segretario: INTROZZI.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunanza del 17 gennaio 1935.

Presidente: Prof. CARLO COMBA.

Un caso di meningite in parotitico.

Dott. A. FIANO. — L'O., dopo aver brevemente esposte le moderne vedute sulla meningite parotitica descrive un caso insorto in V^a giornata dall'inizio della tumefazione parotidea, con sintomatologia clinica caratteristica ed in cui si ebbe liquido cerebrospinale di aspetto fortemente torbido, con notevole linfocitosi. Il bambino guarì completamente nel corso di una settimana senza alcun postumo. L'O. dopo aver discusso il caso, mette in evidenza il reperto non comune di liquido intensamente torbido, e richiama l'attenzione sul senso di vertigine, accusato inizialmente dal bambino, il che l'O. attribuisce ad un lieve interessamento del labirinto nel decorso della forma morbosa; e richiama l'attenzione su forme di labirinti più gravi, che si possono presentare come esclusive complicazioni nel decorso della parotite e che possono avere come esito sordità definitiva.

Paralisi difterica consecutiva a difterite cutanea; considerazioni critiche sulla patogenesi della paralisi difterica, con speciale riguardo alla paralisi dell'accomodazione.

Prof. C. COCCHI. — L'O. descrive un caso di paralisi difterica grave, generalizzata, consecutiva a difterite del palmo della mano, impiantatasi su di una piccola abrasione traumatica: i muscoli del velopendolo non partecipavano alla paralisi generale. L'O. trae occasione da questo caso per riassumere i risultati clinici delle osservazioni di Frontali, Magni, e Bombassei, sui bambini colpiti da intossicazione difterica per iniezioni di anatossina imperfettamente preparata.

Enuncia infine un'ipotesi, suffragata da dati anatomici e fisiologici che spiegherebbe la facilità della paralisi della accomodazione nei bambini osservati ed in tutti i paralitici difterici. Non si tratterebbe di una elettività della tossina per il nucleo dell'oculomotore: essendo la funzione dell'accomodazione legata a due sistemi antagonisti, uno neuromuscolare (nervo oculomotore, e muscolo ciliare) e l'altro connettivo elastico (fascetti fibrosi della zonula che agiscono solo per forze meccaniche, non legate ad influssi nervosi), e la tossina diftterica agendo in modo elettivo sul sistema neuromuscolare, è logico pensare che i segni di sofferenza del sistema nervoso agiscano prima e con maggior frequenza sulla accomodazione di cui uno solo dei due sistemi antagonisti è neuromuscolare e che solo risente dell'azione della tossina: dove invece esistono due sistemi ad opposta azione egualmente neuromuscolari, ed agendo la tossina in eguale misura su tutti e due, gli effetti clinici esteriori saranno mancanti o si riveleranno con minor intensità, perchè se vi sarà paresi, vi sarà sempre equilibrio funzionale.

I Segretari: Prof. L. PICCHI, P. NICCOLINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La questione dell'ipertonia maligna.

J. Olivet (*Klinische Wochens.*, 15 gennaio 1935) riferisce alcuni casi di questa malattia, che corrisponde alla pseudouremia e che Becher suddivise in 3 forme: apoplettiforme, dispnoica e psicotica. Il quadro clinico è essenzialmente dominato dall'alta pressione, generalmente oltre 200 mm. ed accompagnato dalla retinite albuminurica. La funzione renale studiata con i metodi clinici, è buona; elevata la concentrazione 1024, anche 1030, con la diluizione di almeno 1010; sangue sempre privo di scorie e con urea non oltre i 50 mg.; sedimento urinario scarso. Buona la funzionalità cardiaca, conservantesi tale fino alla morte.

All'autopsia, le lesioni più gravi si avevano nelle arteriole dei reni e del cervello; lo sviluppo delle lesioni nei detti organi è probabilmente contemporaneo se non forse più precoce nel cervello. Per quest'ultima ipotesi depone il fatto che si hanno fin dall'inizio i due sintomi della tormentosa cefalea e della retinite angiospastica.

Fra gli altri sintomi, sono da menzionare: la dispnea, quasi sempre presente del tipo Cheyne-Stokes, senza segni di insufficienza cardiaca ed altri disturbi dipendenti dalle modificazioni vasali cerebrali: lievi attacchi di vertigine, malessere, senso di angoscia, incertezza nel cammino, tutti fenomeni che possono arrivare fino ai più gravi insulti cerebrali, con disturbi del linguaggio e spontanea emissione di feci e di urine. Tali stati possono manifestarsi improvvisamente e durare anche 24 ore e più, lasciando eventualmente gravi disturbi psichici. In qualche caso, tali pazienti vengono presi per dei paralitici. Altri sintomi segnalati sono la claudicazione intermittente ed il dito morto.

L'ipertonia maligna si presenta come una malattia autonoma, maligna ed a rapido decorso, in media di 1-4 anni. Essa compare generalmente un decennio più presto della forma benigna ed ha la sua origine in lesioni generali arteriolari, non però limitate ai reni, ma anche di altri organi (cervello, muscoli, retina).

L'ipertonia maligna non va, quindi, considerata soltanto come un problema renale, ma piuttosto come un problema dei vasi sanguigni, del ricambio ed, in ultima analisi, di tutta la patobiologia generale della persona.

fil.

Gli aspetti clinici dell'ipertensione.

R. Wybauw (*Le Scalpel*, 12 genn. 1935) distingue:

1) Gli ipertesi transitorii, con ipertensione ad accessi od a periodi, in cui gli spasmi arteriosi possono provocare dei danni gravi. L'ipertensione, nei nervosi, può essere intermittente prima di stabilirsi definitivamente. Per tale considerazione, non si devono mai considerare come normali gli individui che presentano queste tendenze.

2) Le ipertensioni secondarie, connesse visibilmente a ipertiroidismo, a nefrite, a fibroma uterino, ecc.

3) Le ipertensioni senza fenomeni renali, in quanto che tutte le prove della funzionalità renale sono rimaste negative. Si tratta spesso di intossicazioni alimentari, con elevazione della sola massima, mentre la minima è normale. Tali individui possono passare alla categoria degli insufficienti renali. La prognosi, però, è abbastanza favorevole e le misure dietetiche, fisioterapiche ed idropiniche hanno delle probabilità di successo.

4) Vi sono infine gli insufficienti renali, a pressione minima elevata, gli ipertesi pallidi; situazione grave. L'A. attribuisce grande valore al comportamento della pressione minima; se essa è elevata e tale si mantiene nonostante la terapia, si tratta generalmente di insufficienza renale e la prognosi ne è oscura.

La prognosi è influenzata anche da un altro fattore. Alcuni ipertesi sopportano bene la loro ipertensione, mentre altri ne soffrono e si lagnano di cefalea, di oppressione, di disturbi cardiaci, di angina da sforzo, ecc. Non si deve attaccarsi tenacemente alla speranza di abbassare di 20-30 mm. la pressione di un individuo che non accusa nessun fenomeno subbiettivo di malessere; spesso accade che un abbassamento così ottenuto provochi dei fenomeni morbosi. L'organismo si adatta spesso ad una ipertensione e se anche noi riusciamo nella nostra terapia, ci si deve accontentare di un mezzo risultato.

La causa vera dell'ipertensione è la nostra civiltà, che troppo si allontana dalle condizioni naturali di vita.

fil

L'avvenire degli ipertesi.

Considerate isolatamente, le pressioni massima, media e minima elevate preannunziano che il cuore dovrà cedere, mentre l'aumento anche notevole della massima può essere tollerato a lungo.

Considerate nel loro insieme, la prognosi è favorevole se le pressioni sono divergenti, mentre è riservata se sono concordanti specialmente con l'elevamento della minima.

L'oscillogramma a spianata indica la sclerosi arteriosa, mentre quello ad uncino indica la loro elasticità.

L'ipertensione stabile è più benigna che quella instabile, la quale espone a sorprese vascolari parossistiche.

Sembra che in molte famiglie, vi sia come una predisposizione alla ipertensione. Essa però non è frequente nei giovani.

Fino alla quarantina, l'evoluzione di un'ipertensione permanente è generalmente progressiva e la prognosi è tanto più grave quanto più l'inizio è stato brusco. Verso la cinquantina diventa un incidente banale, specialmente nella donna alla menopausa; in generale, migliora con gli anni.

Vi sono molti vecchi ipertesi, di cui si deve rispettare l'ipertensione in quanto che essi tollerano male l'abbassamento provocato artificialmente.

La prognosi è essenzialmente fondata sull'esame funzionale organico, specialmente cardio-renale: scovare i piccoli segni di sofferenza cardiaca (precocemente rivelati dall'elettrocardiogramma), osservazioni sull'urea sanguigna, oftalmologiche.

È difficile giudicare l'importanza esatta della sifilide nell'ipertensione. Insufficientemente trattati, i sifilitici sembrano predisposti all'ipertensione precoce, di cui il trattamento specifico sembra limitare ed attenuare le conseguenze; ma in molti casi esso è inefficace, mentre poi nei vecchi va attuato con prudenza.

Nei tubercolosi, l'ipertensione è di buona prognosi e le cadute di pressione corrispondono ad aggravamenti.

L'ipertensione dei pletorici è più facilmente migliorata che quella degli individui magri e pallidi. La riduzione del volume alimentare, specialmente dei liquidi e del pane è utilizzata da molti. Gli ipertesi che, a quanto sembra hanno il migliore avvenire sono quelli che si sforzano di mangiar poco e, senza sopprimere l'alimentazione carnea, riducono l'uso delle sostanze azotate (anche senza elevata azotemia) e sorvegliano l'introduzione dei cloruri. Ciò non implica un regime molto restrittivo, contro il quale, anzi, si deve mettere in guardia il pubblico, che tende sempre ad esagerazioni.

In tutti gli ambienti sociali, vi sono degli ipertesi, anche nei contadini; sono più rari nelle campagne dove si fa un'alimentazione frugale.

La vita calma è la prescrizione più preconizzata; nefasti sono gli eccessi di ogni sorta, mentre la nozione dell'influenza dannosa della montagna è ribattuta dalle osservazioni.

Soprattutto è importante combattere la fobia dell'ipertensione.

Come terapia sono raccomandati: il salasso (piccole emissioni sanguigne periodiche, specialmente le sanguisughe); le cure sedative (fisioterapiche, termali e climatiche); i medicamenti (gardenal e citrato di sodio, medicazione bromo-jodurata, aglio, acetilcolina, benzoato di benzile).

(*Gazette des hôpitaux*, 16 genn. 1935).

fil.

La prescrizione della sparteina.

La sparteina trova le sue indicazioni nei disturbi funzionali del cuore, tachicardia ed aritmia; essa va considerata come il tonico dei nervi del cuore, mentre la digitalina e lo strofanto sono quelli del miocardio.

Generalmente, però, essa viene prescritta a dosi troppo alte; bastano per bocca 2 cg. per dose:

Solfato di sparteina cg. 2
Bromidrato di chinina cg. 1
Estr. di valeriana q. b. per una pillola.

Di tali n. 30. Una a mezzogiorno, una la sera.

Tali pillole si prescrivono in casi di aritmia nervosa, che resiste al trattamento caolino-bismuto ed al regime dietetico delle malattie gastriche. Saranno anche prescritte in casi di aritmia organica, negli intervalli fra la digitalina e lo strofanto. Per esempio, nell'aritmia, da stenosi mitralica, che è quella che maggiormente predispone alle embolie, V gocce della soluzione di digitalina a 1/1000 per 6 giorni; sospensione di 3 giorni con somministrazione di sparteina e poi ripresa di digitalina.

Nella miocardite senile, la sparteina si darà negli intervalli dello strofanto, di cui si darà un mg. di estratto, mezzogiorno e sera, per 6 giorni e le pillole di sparteina per i 3 giorni seguenti.

Nei disturbi cardiaci delle malattie infettive (tachicardia), la sparteina si usa per iniezioni sottocutanee da 2 cg. a cui si aggiunge, nel caso di aritmie, la digitalina per via gastrica.

(*Journ. des praticiens*, 2 febbr. 1935).

fil.

TECNICA MEDICA.

L'aeroterapia nelle affezioni cardio-polmonari.

La generalità dei nostri medici conosce ormai adeguatamente le applicazioni del pneumotorace terapeutico e ricorda con ammirazione riconoscente il nome del Forlanini. Ma la maggior parte di essi non conosce appieno le concezioni fisioterapiche di questo nostro grande clinico, per quel che riguarda quelle forme di ginnastica respiratoria che si compendiano sotto il nome di aeroterapia.

Nel volume « Scritti di Carlo Forlanini », edito sin dal 1928 presso la Casa Cappelli di Bologna, troviamo solo la nota sui « Nuovi apparati pneumatici trasportabili » (comparsa nel *Morgagni* del maggio 1889), ma non vi rinveniamo alcuni altri lavori sull'aeroterapia, che ora abbiamo graditamente visti come pubblicati a cura del dott. Bortini di Pavia.

Rileggendo questi lavori, che da molto tempo non erano più nel dominio medico, ci colpisce l'impressione che la mente del Forlanini risulti ancor più poliedrica in fatto di terapia pneumatica, ed offra al pratico un indirizzo

razionale di cura per un vasto campo di affezioni cardio-polmonari ed anche del ricambio.

Dai menzionati scritti si possono spigolare asserzioni che potrebbero in certo modo assumere un largo significato aforistico. « Che può fare il medico, mentre sta curando il pleuritico, se non per ottenere la guarigione, almeno per accostarla? Nulla con la terapia ordinaria: molto con la aeroterapia » ... « Le inspirazioni di aria compressa sono il mezzo più diretto e razionale sul quale possiamo contare per ridurre al minimo i postumi di pleurite » ... « I risultati più notevoli dalle espirazioni nell'aria compressa li ebbi nella cura delle emorragie polmonari » ... « L'uso maggiore degli apparati penumatici trasportabili io lo faccio con i tisici, e posso dire di avere ottenuto dei risultati davvero splendidi dalle espirazioni in aria compressa per arrestare delle bronco-pneumorragie » ... « Io me ne valgo [*delle manovre coll'aria compressa*] già da molto tempo in casi diversissimi e con tale soddisfazione, d'avermi fatto completamente abbandonare ogni pratica o rimedio congenere ».

È da domandarsi, se non sarebbe iattura lasciare nel dimenticatoio tali concetti del nostro Forlanini. Certo, l'aeroterapia richiede conoscenze solide di semeiotica e di patologia, richiede insomma una buona preparazione clinica.

Le odierne vedute sulla collassoterapia non possono contrastare con le applicazioni aeroterapiche. Ci risovveniamo frattanto che in un articolo comparso in *Forze Sanitarie* del 30 settembre scorso, si rilevava come molte turbe della fisiomeccanica respiratoria e circolatoria possano di gran lunga migliorare seguendo l'indirizzo pneumoterapico del Forlanini. Tale indirizzo costituirebbe grande ausilio nella prevenzione antitubercolare, poichè, ad esempio, l'aeroterapia potrebbe impedire la formazione delle aderenze post-pleuritiche che sovente favoriscono l'iniziarsi d'un processo tisiogeno.

È da auspicarsi che si costruiscano e si diffondano nell'armamentario terapeutico, adeguati apparecchi pneumatici, trasportabili al letto del malato. Non possono certamente usarsi i vecchi modelli del Waldenburg, anche coi perfezionamenti apportati dal Forlanini stesso. Oggi la meccanica e l'elettrotecnica possono risolvere la costruzione di tal sorta d'apparecchi, rendendoli oltremodo pratici; a titolo di esempio un moderno e ben concepito modello potrebbe ritenersi quello del dott. Bortini.

t. g.

SEMEIOTICA.

La depilazione ascellare nelle cirrosi epatiche.

A. Jacob (*Presse méd.*, 22 dic. 1934) ha riunito alcune osservazioni da cui risulta che nei malati di cirrosi epatica le ascelle si fanno glabre; le altre regioni pelose sembrano meno toccate. In un caso in cui la cirrosi epatica era discutibile ed i dati anamnestici e semeiotici non permettevano di concludere, la presenza di peli alle ascelle orientò l'A. verso l'esclusione della cirrosi e, di fatto, il decorso consecutivo della malattia dimostrò trattarsi di un neoplasma.

È probabile che tale depilazione derivi da qualche disturbo endocrino, come anche la pigmentazione che pure si osserva nelle malattie epatiche.

Un fatto analogo è la depilazione degli arti inferiori che è stata messa in rilievo, se non erro, da A. Ferrannini per la uricemia e che risponde alla realtà dei fatti. Un più ampio studio su tale argomento potrebbe essere interessante dal punto di vista scientifico e pratico.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA

Variazioni della calcemia dopo interventi chirurgici.

R. Leriche e A. Jung (*Journ. de Chir.*, n. 1, 1935) in base ad uno studio di 150 casi giungono ai seguenti risultati:

1) *Variaz. della calcemia dopo operazioni varie non interessanti il sistema endocrino, simpatico, osseo.* Si tratta di pazienti con tasso calcemico normale; le variazioni sono incostanti e minime e comprese nei limiti normali.

2) *Variaz. della calcemia dopo operaz. paratiroidee* (ablazione di una o più paratiroidi, interventi sull'arteria o sulle arterie tiroidee).

Nell'individuo con calcemia normale, l'exeresi di 1 o 2 paratiroidi non modifica il tasso calcemico;

nei soggetti con ipercalcemia, ma senza adenoma paratiroideo, l'asportazione di 1 o 2 paratiroidi (di apparenza normali) riportano la calcemia alla norma;

in pazienti o in animali con calcemia normale la legatura di una o più art. tiroidee (anche di tutte e quattro), salvo rare eccezioni, non influenza la calcemia, mentre la riportano al normale in pazienti o animali ipercalcemici;

nel Recklinghausen, l'ablazione dell'adenoma riporta, dopo una transitoria fase di ipocalcemia, il Ca al tasso normale, salvo rare eccezioni (adenomi multipli, recidive ecc.).

3) *Variaz. della calcemia dopo operaz. sulla tiroide.* La tiroidectomia parziale intra o estracapsulare in gozzi comuni o esoftalmici con calcemia normale, non ne modifica affatto la calcemia.

4) *Variaz. della calcemia dopo operaz. sulle surrenali.* La surrenalectomia sugli animali e sull'uomo non modifica la calcemia.

5) *Variaz. della calcemia dopo operaz. sul sist. nervoso simpatico.* La simpatectomia cer-

vicale non esplica netta influenza sulla calcemia normale, mentre può elevare il tasso calcemico di individui con ipoparatiroidismo spontaneo; la simpaticectomia in altre regioni non modifica la calcemia.

6) *Variaz. della calcemia dopo interventi sullo scheletro.* Si sono osservate piccole e transitorie ipercalcemie.

7) *Variaz. della calcemia dopo anestesia.* Nè l'anestesia eterea nè la locale modificano la calcemia.

R. GRASSO.

VARIA

Il significato dell'abitudine nella patologia clinica.

L'illustre pediatra viennese F. Hamburger (*Wien. Klin. Woch.*, 25 gennaio 1935) richiama l'attenzione sul significato clinico dell'« abitudine », intesa come « ripetizione continua di uno stesso processo ».

La famosa legge di Haeckel che l'ontogenesi ripete la filogenesi va interpretata appunto come un esempio di codesta abitudine nel ritmo dello sviluppo.

Clinicamente, da un'abitudine, da un « etisma », come egli propone di chiamarla, può nascere una malattia, e il meccanismo di questa va ricercato nella automatizzazione di riflessi condizionati che seguitino a prodursi anche quando la causa che prima li produce è scomparsa. Uno stimolo iniziale è necessario, ma non sufficiente a provocare un'etisma, quando manchi la disposizione a questo: esso poi sarà mantenuto da un giuoco di riflessi che si svolgono nella nostra subcoscienza.

Quanto più spiccata è la tendenza costituzionale all'etisma, tanto minore dovrà essere lo stimolo iniziale.

Gli etismi corrispondono a quelli che Zappert ha chiamato le nevrosi d'abitudine e la tendenza agli etismi corrisponde alla costituzione neuropatica.

Vi sono etismi puramente funzionali, come i muscolari (tic, spasmi, vomiti, stipsi, forse la miopia), vasomotori (con disturbi nei varî organi), secretorii (salivazione, iperacidità, diarree), sensoriali (dolori) e psichici (focolai, molte forme di schizofrenia ecc.); e vi sono etismi organici come lo struma parenchimatoso, l'acetonemia periodica, certi stati febbrili, le verruche e gli eczemi, in cui un unico intervento terapeutico (nello struma la somministrazione di 0,0001 di jodio una volta tanto, nel vomito 1 cc. di soluzione fisiologica, nelle febbri una dose isolata di piramidone bastano a interrompere per sempre lo stato morboso. Questa « shocktherapia » indica come un nuovo stimolo che agisca dell'esterno sia capace di interrompere una volta per sempre il circolo vizioso « etismatico » formatosi nell'organismo.

V. SERRA.

Le conseguenze della castrazione dal punto di vista psichiatrico.

Allo scopo di vedere quali conseguenze potrà avere la nuova legge tedesca, che impone la castrazione ai delinquenti sessuali abituali, J. Lange (*Med. Klinik*, 1934, pag. 1081) ha esaminato 300 soldati, che erano stati castrati in conseguenza di ferite di guerra o di tubercolosi genitale. Nessuna connessione con la schizofrenia e l'epilessia, mentre sembra esistere una certa influenza sullo stato psichico nel senso della forma maniaco-depressiva; in 90 si ebbero delle forme depressive; frequente una labilità del carattere, per cui l'A. parla di climaterio virile, con sintomi analoghi a quelli della donna.

Nessuna influenza avrebbe esercitata la castrazione sulla condizione di vita; il più strano si è che dei 220 celibi all'atto della castrazione se ne sposarono ben 165 e parecchi, anche, più volte!

fil.

Oscillazioni nella tendenza agli accessi convulsivi.

C. Schneider (*Nervenarzt* e *Klin. Wochens.*, 14 genn. 1935) dallo studio di un ricchissimo materiale di epilettici deduce che vi sono degli anni della vita in cui è massima la tendenza agli accessi ed invece degli altri in essa è assai minore; chiama tali fasi, rispettivamente ictofile ed ictofobe. Esse sono del tutto indipendenti dalla terapia e possono, pertanto, venire attribuiti a successi od inefficacia di essa, mentre sono invece condizionati da cambiamenti di fase endogeni. Il più curioso si è che tale fatto si verifica non soltanto nell'epilessia genuina, ma anche in casi di glioma congenito a lento accrescimento.

L'A. fissa gli anni ictofili a 3, 6, 9, 11, 19-22, 25-30 e così via. Ora, che la tendenza agli accessi sia maggiore in certe fasi della vita che rappresentano come dei punti nodali (infanzia, inizio della pubertà, ecc.) è antica osservazione; ma il fissare con precisione gli anni ci riconduce all'astrologia medica e peggio. La prima, almeno, segnava gli anni pericolosi a seconda del segno dello zodiaco sotto il quale l'individuo era nato, ma il fissare degli anni determinati costanti per tutti sembra, oltre che inesatto, cervellotico.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

G. COZZOLI. *Due casi personali di degenerazione famigliare della macula lutea.* — Soc. An. Tip., Teramo, 1934.

G. VEDRANI. *Il cosidetto « vomito incoercibile » è realmente espressione di tossicosi gravidica?* — Arti Grafiche Cappelli, Copparo, 1934.

M. LEVI BIANCHINI. *Ricerche cliniche sulla terapia broncobarbiturica delle epilessie con un nuovo preparato sinergico italiano.* — Ind. Tip. ed affini, Napoli, 1934.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Provvedimenti del Consiglio dei Ministri.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato i seguenti provvedimenti:

I concorsi per sanitari dei Comuni e delle Provincie.

Schema di regolamento per i concorsi a posti di sanitari addetti ai servizi dei Comuni e delle Provincie.

Il nuovo Testo unico delle leggi sanitarie approvato con R. Decreto 27 luglio 1934-XII, n. 1265 ha modificato sostanzialmente le norme attinenti all'assunzione del personale per i servizi sanitari degli Enti locali.

Mentre prima i concorsi per i posti di ufficiale sanitario e di sanitario condotto venivano espletati separatamente, per ciascun Comune e per ogni posto che veniva a rendersi disponibile, in base alle nuove disposizioni i concorsi vengono indetti periodicamente dal Prefetto, per tutti i posti sia di ufficiale sanitario, sia di sanitario condotto (medici, veterinari e levatrici), che risultano vacanti nella Provincia.

Col regolamento, approvato dal Consiglio dei Ministri, vengono stabilite norme dettagliate per lo svolgimento di tali concorsi, analoghe, per quanto possibile, a quelle che regolano i concorsi per gli impieghi statali.

Degne di nota sono le disposizioni, con le quali — accogliendosi i voti dell'Associazione nazionale fascista Pubblico Impiego e delle organizzazioni sindacali interessate — si prevede l'inclusione, nelle Commissioni esaminatrici, di un rappresentante delle rispettive categorie; le norme che fissano l'ordine di preferenza dei titoli da prendersi in considerazione; e, infine, le norme per il conferimento dei posti, le quali — ribadendo il principio già fissato dalla legge — fanno obbligo, nelle nomine, di seguire rigorosamente l'ordine stabilito dalla graduatoria dei concorrenti.

Il provvedimento disciplina anche i concorsi per il personale dei laboratori provinciali di igiene e profilassi nonchè per i posti di sanitari addetti ai servizi integrativi di assistenza, vigilanza igienica e profilassi.

Istituto della Sanità Pubblica.

Schema di provvedimento col quale s'istituisce il posto di Direttore dell'Istituto di Sanità Pubblica.

Il provvedimento mira ad assicurare che l'Istituto possa assolvere, col necessario prestigio, l'importante funzione scientifico-sperimentale che il Governo Fascista gli ha affidato all'atto della sua fondazione.

In sede di bilancio.

È stata distribuita alla Camera la relazione dell'on. Bruni per la Giunta generale del bilancio sullo stato di previsione della spesa del Ministero dell'Interno per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1935 al 30 giugno 1936.

Per quanto riguarda la sanità pubblica, la relazione, notando che l'ingerenza sempre maggiore in intensità ed estensione da parte delle autorità governative in tutti i problemi annessi con l'igiene pubblica è una tendenza comune a tutte le Nazioni civili, almeno nell'ultimo mezzo secolo, afferma che in nessun Paese questo progresso si è affermato quanto in Italia nel dodicennio di Regime fascista.

Nessun uomo di Stato ha rivolto la sua personale attenzione a questi problemi con altrettanta lungimirante cura e con comprensione veramente pratica quanto Benito Mussolini, che ha detto: « In uno Stato bene ordinato la cura della salute fisica del popolo deve essere al primo posto ».

La relazione passa quindi a parlare del Testo Unico delle leggi sanitarie, dell'Istituto di sanità pubblica, per soffermarsi poi ad esaminare la lotta contro le principali malattie endemiche che minano in un modo pericoloso la salute del nostro popolo, quali la malaria, la tubercolosi e i tumori maligni, contro le quali il Governo fascista combatte le più umane e sante battaglie.

Dopo aver trattato della difesa sanitaria ai confini, del controllo degli stupefacenti, la relazione si sofferma da ultimo sulla protezione della maternità, dicendo che la sempre maggiore estensione di tale assistenza, che mira ora a penetrare più decisamente nelle zone rurali, costituisce un elemento, oltrechè notevolissimo dal punto di vista della difesa della stirpe, anche importante dal punto di vista sociale.

SERVIZI MEDICO-ASSISTENZIALI

Asssistenza sanitaria dell'Opera Nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi della guerra.

È stata diramata alle Rappresentanze Provinciali una Circolare N. 294, in data 26 gennaio 1935-XIII, avente per oggetto: « Norme per l'assistenza sanitaria ». Ne riportiamo molta parte.

L'assistenza sanitaria agli invalidi di guerra, agli orfani d'invalidi ed ai figli di invalidi fino al raggiungimento del quindicesimo e, in casi eccezionali, del dicottesimo anno di età, dev'essere sempre più perfezionata e disciplinata entro i limiti delle possibilità finanziarie dell'ONIG secondo criteri suggeriti dalla lunga esperienza. Occorre inoltre che essa venga adeguata alle attuali esigenze sociali, ed uniformata alle direttive che nel campo assistenziale sono state tracciate dal Governo Fascista. Questa Presidenza quindi, nell'intento di assicurare il perfetto funzionamento delle varie forme di assistenza sanitaria attraverso le proprie Rappresentanze Provinciali e di poter in qualsiasi momento seguire e valutare l'opera di ciascuna di esse, dispone che d'ora innanzi ciascuna Rappresentanza Provinciale si attenga alle seguenti precise istruzioni:

1 — *Somministrazione di medicinali.*

Le disposizioni impartite con la Circolare numero 281 del 7 giugno 1934-XII, dovranno essere, anche in avvenire, rigorosamente osservate.

In tutti i casi la somministrazione di specialità medicinali dovrà limitarsi al periodo ritenuto strettamente necessario per la cura e — fatta eccezione per i calmanti e sedativi in uso per le forme nervose gravi — non protrarsi a tempo indeteminato.

2. — *Ricoveri ospedalieri di invalidi, orfani di invalidi di guerra o figli in invalidi viventi.*

Entro il più breve termine possibile, ciascuna Rappresentanza dovrà regolare la posizione degli invalidi e loro figli, degenti in Ospedali, RR. Cliniche od Istituti di Cura specializzati, siano questi convenzionati o meno con l'ONIG. Si dovrà innanzi tutto verificare se i ricoveri sono stati regolarmente autorizzati e se le infermità per le quali tali autorizzazioni furono concesse sono, per gli invalidi, in diretta relazione con le ferite o malattie per le quali ottennero la pensione, e per i loro minori, se l'assistenza ospedaliera è compatibile con le disposizioni della Circolare 204.

I Sigg. Consiglieri Delegati, col concorso dei Medici Fiduciari, dovranno scrupolosamente controllare se le prolungate degenze di invalidi, degli orfani e dei figli minori di invalidi siano realmente giustificate dalle condizioni sanitarie di ciascuno di essi, disponendo affinchè siano senz'altro dimessi tutti coloro che possono continuare le cure ambulatoriamente, o che dalla permanenza nei Nosocomi non possano ottenere un miglioramento perchè giudicati ormai « cronici » o « incurabili ».

Però per quest'ultima categoria di invalidi, le Rappresentanze avanzeranno subito alla Sede Centrale regolari proposte per il ricovero a carattere temporaneo o permanente in Istituti adatti, mentre all'assistenza degli orfani e dei figli minori giudicati « incurabili » dovranno provvedere i rispettivi Enti di Beneficenza.

Ciascuna Rappresentanza dovrà richiedere a tutti gli Istituti di Cura presso i quali trovansi ricoverati invalidi, orfani o figli di invalidi della propria giurisdizione, una breve, sintetica relazione mensile riguardante lo stato di salute dei singoli ricoverati, onde poter seguire l'andamento delle loro infermità ed i risultati terapeutici raggiunti.

Nell'autorizzare i ricoveri presso Ospedali o Istituti di cura, le Rappresentanze Provinciali dovranno assicurarsi preventivamente se l'infermità per la quale è richiesto il ricovero di invalidi o di minori di invalidi è di natura tale da poter essere agevolmente ed efficacemente curata presso l'Ospedale o l'Istituto di Cura convenzionato da esse prescelto, o se per abbreviare la degenza ed assicurare al malato una cura più razionale in ambiente meglio attrezzato, non sia preferibile la sua assegnazione ad un Reparto Specializzato di altra Sede, nel quale caso dovrà — di volta in volta — essere chiesto il giudizio di questa Sede Centrale.

Ciò naturalmente per i ricoveri che non hanno carattere di assoluta urgenza.

Le Rappresentanze dovranno estendere il più possibile le convenzioni con RR. Cliniche ed Ospedali non ancora convenzionati con l'ONIG, *avendo cura di dare la disdetta, a tempo opportuno, a quelle esistenti con Istituti di Cura che non offrono le necessarie garanzie tecnico-sanitarie, igieniche, organizzative, ecc.*

Tutte le convenzioni indistintamente, dovranno essere estese anche agli orfani ed ai figli minori di invalidi di guerra, secondo lo schema già in uso, con unificazione della retta giornaliera, ove non sia possibile ottenere una riduzione rispetto a quella praticata per gli invalidi. La retta diaria dovrà avere — in ogni caso — carattere globale e comprendere il mantenimento e tutte le cure necessarie ad ogni singolo infermo.

Le Rappresentanze Provinciali dovranno ottenere che le contabilità Ospedaliere siano loro rimesse *trimestralmente*. Dette contabilità, debitamente verificate e corredate di tutti i dati necessari, dovranno pervenire, nel più breve termine possibile, alla Sede Centrale per la liquidazione. Tale disposizione va osservata in modo preciso e sotto il personale controllo dei Signori Consiglieri Delegati. Tutte le autorizzazioni di ricovero dovranno seguire secondo le norme fissate nella Circ. 280 del 31 maggio 1934-XII.

3. — *Consulenza sanitaria.*

Le Rappresentanze dovranno considerare — d'ora innanzi — l'Ufficio Sanitario dell'ONIG, quale organo centrale di consulenza sanitaria.

Ad esso quindi le Rappresentanze Provinciali potranno rivolgersi per consigli e pareri ogniqualvolta gli invalidi di guerra richiederanno loro una qualsiasi forma di assistenza sanitaria, per sè o per i loro congiunti, che non sia contemplata dalle vigenti norme assistenziali dell'ONIG, e che quindi non possa far carico a questo Ente.

È preciso intendimento di questa Sede Centrale che gli invalidi, si valgano sempre del consiglio del competente Ufficio della Sede Centrale, dal quale potranno avere utili e pratici suggerimenti sulla scelta degli Istituti di Cura più adatti e sulle modalità da seguire, onde evitare loro delle spese superflue e molto gravose.

4. — *Assistenza sanitaria agli orfani ed ai figli di invalidi di guerra.*

Fondamentalmente, essa continuerà ad essere regolata secondo le norme a suo tempo fissate nella Circolare 204.

D'ora in poi l'ONIG assumerà a proprio carico le spese di degenza soltanto se i ricoveri saranno stati regolarmente autorizzati dalle Rappresentanze Provinciali.

I minori dovranno essere ricoverati solamente in Ospedali od Istituti di Cura convenzionati con l'ONIG, salvo casi speciali che richiedano cure particolari. Se l'infermità avrà richiesto il ricovero d'urgenza, la famiglia del malato dovrà darne subito notizia alla Rappresentanza Provinciale dell'ONIG per il necessario « nulla osta ».

L'assistenza ai minori iscritti negli Elenchi dei poveri del Comune di soccorso spetta al Comune stesso.

Le cure pretubercolari ed antitubercolari ai figli di invalidi devono essere prestate dai Consorzi Provinciali antitubercolari o dall'Opera Nazionale di Protezione per la Maternità ed Infanzia.

Le cure climatiche individuali e collettive non possono effettuarsi a carico dell'ONIG.

Il ricovero di minori deficenti psichici in Istituti di rieducazione, è — per ora — sospeso.

Dovrà essere preventivamente richiesta l'autorizzazione della Sede Centrale per le operazioni di adenoidectomia, tonsillotomia e tonsillectomia da praticarsi ad orfani ed a figli di invalidi, ed in base a speciali accordi che le Rappresentanze Provinciali dovranno prendere con Ospedali, Reparti specializzati e Medici specialisti otolaringoiatri, *le spese per tali atti operativi andranno ridotte al minimo.*

Tutte le spese riferentisi a piccole operazioni

di chirurgia generale e conseguenti a traumi di lieve entità che non richiedano, sia pure per breve tempo, il ricovero ospedaliero, dovranno rimanere a carico delle famiglie.

Richieste di rimborso spese per interventi chirurgici, presentate dalle famiglie di invalidi di guerra che vi abbiano provveduto per proprio conto senza aver chiesto ed ottenuto la prescritta autorizzazione dell'ONIG, *non dovranno più essere trasmesse dalle Rappresentanze alla Sede Centrale.*

Le contabilità ospedaliere relative a ricoveri di orfani o figli minori di invalidi dovranno pervenire alla Sede Centrale corredate delle complete generalità dei ricoverati cui esse si riferiscono e della data di entrata e di uscita dell'infermo dall'Ospedale o Istituto di cura.

5. — *Assistenza ad invalidi di guerra tubercolotici.*

Tutte le visite di accertamento diagnostico dovranno essere praticate presso i Dispensari Provinciali Antitubercolari che fungeranno da Centri di Accertamento Diagnostico.

Nel trasmettere alla Sede Centrale i questionari compilati dai predetti Centri diagnostici, le Rappresentanze Provinciali dovranno controllare che essi siano completi di tutti i dati richiesti e siano scritti con calligrafia chiara e leggibile, possibilmente dattilografati.

Per un maggiore controllo, l'invalido assegnato ad un Sanatorio, o Tubercolosario dovrà, all'atto della partenza, essere munito di una dichiarazione medica attestante che l'invalido può sopportare il viaggio senza nocumento.

La concessione di viaggio in II classe dovrà essere ridotta al minimo possibile, specie per i tbc. polmonari assegnati ai Sanatori, poichè, in base alle disposizioni impartite a suo tempo ai Fiduciari dei Centri di Accertamento diagnostico, sui criteri di sanatoriabilità, si deve ritenere che pochissimi invalidi ne abbisognino. Comunque tale concessione dovrà essere sempre preventivamente richiesta alla Sede Centrale all'atto della trasmissione del questionario medico.

I Medici Fiduciari delle Rappresentanze Sedi di Sanatori od Ospedali Sanatoriali dovranno procedere a visite periodiche di detti Stabilimenti a scopo di controllo, per stabilire se le cure praticate agli invalidi tubercolotici ricoverati dànno, per ciascuno di essi, risultati favorevoli, se il trattamento dietetico è buono e se vengono osservate le necessarie norme igieniche, se le richieste di proroga di ricovero sono realmente giustificate e se i ricoverati si attengono alle norme disciplinari vigenti in ciascuno Istituto.

Le Rappresentanze Provinciali controlleranno le licenze concesse dai Sanatori od Ospedali Sanatoriali agli invalidi ricoverati segnalando prontamente gli eventuali abusi, sia che ne siano responsabili gli invalidi stessi, sia le Direzioni degli Stabilimenti di Cura.

Ad evitare la facile concessione di permessi o di licenze, le Rappresentanze Provinciali dovranno prendere accordi con le predette Direzioni perchè durante le giornate di assenza autorizzata del malato *la retta diaria venga equamente ridotta.*

Nessuna licenza che superi le 24 ore, dovrà essere concessa ad invalidi che intendano recarsi a riscuotere personalmente la pensione. Ad evitare tale inconveniente più volte lamentato, sarà necessario che le singole Rappresentanze — allorchè gli invalidi sono ricoverati in Sanatori lontani dalla loro residenza — ottengano che la pensione spettante a ciascuno di essi venga loro temporaneamente corrisposta dalla Ricevitoria Postale del Comune ove ha sede il Sanatorio.

Gli invalidi che dopo una breve permanenza in Sanatorio si dimetteranno volontariamente, senza giustificato motivo e senza averne dato preventivamente notizia alla Sede Centrale per il tramite della Direzione del Sanatorio, verranno per un certo tempo esclusi dal beneficio della successiva assistenza sanatoriale, a meno che essa non venga giustificata da particolari condizioni di aggravamento dell'infermo e giudicata indispensabile ed urgente dal rispettivo Centro di accertamento diagnostico.

Le domande per il contributo giornaliero di L. 20 a mente degli articoli 30 e 31 delle « Norme per l'Assistenza Sanitaria », *dovranno limitarsi a casi specialissimi* non potendosi ormai consentire che gli invalidi di guerra tubercolotici, ai quali è resa possibile la cura sanatoriale in Sanatori modernamente organizzati ed attrezzati — in località adatte, sotto la vigile sorveglianza delle Autorità sanitarie governative preposte al controllo —, preferiscano curarsi per proprio conto usufruendo dell'aiuto finanziario da parte dell'ONIG, aiuto che il più delle volte si prolunga oltre il termine consentito dalle predette Norme, senza quei risultati terapeutici che si possono ottenere soltanto con la permanenza dei malati in Istituti adatti, in tutto e per tutto rispondenti alle moderne esigenze.

Le singole Rappresentanze, prima di proporre il ricovero di invalidi tubercolotici, dovranno accertarsi che questi non siano assicurati presso l'Istituto Fascista di Previdenza Sociale. Esse dovranno inoltre trasmettere, alla fine di ogni trimestre, una nota dei tbc. di guerra assicurati, informandosi sempre se gli stessi sono in regola con le quote assicurative. I ricoveri degli invalidi tubercolotici assicurati dovranno gravare sul predetto Istituto.

6. — *Trasmissione di documenti.*

Nel trasmette domande di invalidi, di carattere assistenziale, alla Sede Centrale le Rappresentanze Provinciali dovranno avere la massima cura perchè tali domande siano sempre corredate di tutti i documenti prescritti.

I certificati medici allegati alle domande dovranno essere chiari, esaurienti, compilati in forma leggibile su carta intestata del Sanitario o muniti di un suo timbro.

Il Consigliere Delegato della Rappresentanza, nell'esprimere il suo parere — sia esso favorevole o contrario — dovrà sempre motivarlo con franca chiarezza.

Va tenuto presente che il sistema di chiedere alla Sede Centrale il rimborso di spese incontrate per curarsi per proprio conto deve essere rapidamente infrenato, fino a cessare completamente, perchè esso ingenera gravi inconvenienti e crea spesso delle condizioni di privilegio che l'ONIG non può nè deve accettare.

Si avverte inoltre che domande riferentesi a spese sostenute per cure intraprese qualche anno prima, non dovranno più essere inoltrate alla Sede Centrale.

Ugualmente non saranno accolte domande tendenti ad ottenere il parziale rimborso di spese

sostenute per interventi operativi sia pur gravi, ma che non siano in rapporto con l'infermità per la quale l'invalido è pensionato, nè richieste di totale o parziale rimborso di spese funerarie.

7. — *Cure balneo-termali.*

Tale assistenza, nella forma finora vigente, è stata abolita sia perchè le condizioni di bilancio non consentono di applicarla con criteri di larghezza che valgano a soddisfare le richieste della maggioranza degli invalidi giudicati abbisognevoli di tali cure, sia anche per il fatto che le infermità, per le quali le cure balneo-termali ed idropiniche venivano richieste, non potevano — nella stragrande maggioranza dei casi — essere considerate in diretta relazione o dipendenza con quelle per le quali gli invalidi richiedenti sono pensionati.

Ad ogni modo l'ONIG si adopererà per ottenere facilitazioni di viaggio a favore degli invalidi e loro famigliari che intendano praticare dette cure a proprie spese. Essa ha già chiesto altresì, anche per l'anno in corso, alla On. Presidenza del Consiglio dei Ministri, l'intervento per la concessione, da parte delle varie Amministrazioni dello Stato, a favore degli invalidi di guerra da ciascuna di esse dipendenti, della speciale licenza per le cure suddette.

Le Rappresentanze Provinciali — nella cui giurisdizione esistono stabilimenti balneo-termali ed idropinici — avvieranno subito le necessarie trattative con le Amministrazioni degli stessi, onde ottenere le massime facilitazioni a favore degli invalidi di guerra e loro famigliari che intendano sottoporsi alle cure isolatamente o in comitiva, *a proprie spese.*

Segnaleranno poi alla Sede Centrale, non oltre il 15 marzo p. v., tutti quei *casi eccezionalissimi di invalidi poveri, assolutamente sprovvisti di mezzi, disoccupati, con numerosa famiglia a carico,* che a giudizio dei medici fiduciari abbiano assoluto bisogno di cure balneo-termali od idropiniche. La Sede Centrale — in base a proprio giudizio insindacabile — vagliate le particolari condizioni di ciascun posto, deciderà in merito alla eventuale concessione di sovvenzioni straordinarie per cure da eseguirsi esclusivamente negli Stabilimenti che essa crederà di fissare caso per caso.

Dette proposte dovranno essere corredate dello Stato di famiglia, dati di pensione, rapporto dei RR. CC. in merito all'occupazione ed alle condizioni economiche di ciascun proposto. La persona di accompagno verrà concessa ai soli invalidi, che ne hanno diritto in base alle vigenti disposizioni e per essa verranno corrisposte le sole spese di viaggio e di soggiorno per un periodo massimo di giorni quindici.

Per ciò che concerne le modalità di liquidazione delle sovvenzioni suddette da parte della Sede Centrale, e delle speciali legittimazioni che le Rappresentanze dovranno rilasciare a ciascun invalido ed eventuale persona di accompagno, verranno impartite disposizioni a parte.

I casi specialissimi di infermità per i quali l'invalido gode di pensione e che da cure salsojodiche e idropiniche, a giudizio di questa Sede Centrale, possano trarre un assoluto beneficio, verranno considerati — in qualunque periodo dell'anno — come una normale forma di assistenza sanitaria, indipendentemente dall'enunciato criterio economico.

8. — *Contributi giornalieri ai grandi invalidi nervosi, mentali, ed affetti da gravi infermità dell'apparato locomotorio.*

(*Omissis*).

9. — *Folli di guerra ricoverati.*

(*Omissis*).

10. — *Cura agli invalidi affetti da postumi di encefalite letargica.*

L'ONIG potrà assumersi l'onere del ricovero di invalidi pensionati per postumi di encefalite letargica desiderosi di sottoporsi alla cura denominata volgarmente « bulgara » ma che non è nuova, a condizione:

a) che dal « questionario medico », del quale si allega un fac-simile e che le Rappresentanze Provinciali trasmetteranno di volta in volta in duplice copia a questa Sede Centrale — compilato da uno specialista in Malattie mentali e nervose —, risulti — a giudizio insindacabile del Direttore della Clinica od Istituto Specializzato prescelto per il ricovero — che le condizioni dell'invalido sono tali da consigliare la speciale terapia con una qualche probabilità di successo;

b) che l'invalido accetti incondizionatamente il ricovero nella Clinica od Istituto di cura fissato caso per caso da questa Sede Centrale;

c) che il ricovero — salvo casi eccezionalissimi e solo su particolare richiesta dello specialista curante — non debba superare un trimestre;

d) che il ricoverando si adatti ad attendere il proprio turno dato che — almeno per il momento — i posti letto disponibili nei pochi Istituti specializzati presso i quali la predetta cura viene praticata, sono limitati.

Nessun contributo o rimborso totale o parziale verrà concesso ad invalidi post-encefalitici che intraprendano la cura già cennata per proprio conto, senza esserne autorizzati in Case di cura di loro scelta.

11. — *Spese di viaggio per orfani e minori di invalidi e persone che li accompagnano.*

(*Omissis*).

12. — *Schede individuali.*

(*Omissis*).

13. — *Dati statistici. - Comunicazioni periodiche.*

Non oltre il 5 di ogni mese dovranno pervenire alla Sede Centrale le seguenti notizie su formulari tipo, che verranno spediti a parte.

Il Presidente: LUSTIG.

MEDICINA SOCIALE.

La propaganda e le mète della quinta campagna antitubercolare.

La Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi, all'inizio della quinta campagna nazionale antitubercolare, ha inviato alle organizzazioni, agli istituti ed agli enti che con essa collaborano una circolare programmatica e di incitamento.

La quinta campagna è definita come quella che dovrà segnare la « svolta decisiva » per il raggiungimento della mèta: « una lira per abitante » come già si ebbe a Zara, Terni, Imperia, La Spezia, Lucca, Savona e Genova.

Successivamente la circolare ricorda le parole « penetranti e meditative » che il Duce pronunziò per la fondazione di Pontinia: « Più profondo è

il solco, più alto è il destino ». Esse diventano ora la parola d'ordine della quinta campagna ed incitano capi e gregari, consorzi antitubercolari e Croce Rossa Italiana ad un lavoro fervido e proficuo, in comunione intensa di aspirazione, di sforzo, di vittoria.

La circolare rileva che gli organizzatori non valgono se non per quello che operano, osano e dànno; non valgono se di fronte al grande scopo da raggiungere non sentiranno la gioia della fatica e l'orgoglio dell'opera vittoriosamente raggiunta.

Cronaca del movimento professionale.

Gli oculisti di Palermo.

Gli Specialisti e Docenti in oculistica riuniti il 16 gennaio 1935 - A. XIII nella Sede del Sindacato Fascista Medici di Palermo per invito del Direttorio e sotto la Presidenza del Segretario Provinciale;

Plaudendo ai camerati romani che, ancora una volta, hanno richiamato l'attenzione delle Autorità sul problema della scelta degli occhiali, ed ai giornali che hanno aperto le loro colonne alla voce del buon senso;

Riflettendo che la scelta degli occhiali in genere costituisce un problema unicamente scientifico e medico per risolvere il quale sono quasi sempre necessarie altre ricerche collaterali che spesso mettono in rilievo affezioni locali e talora generali delle quali i disturbi visivi non sono che manifestazioni che danno la possibilità di un'appropriata e tempestiva cura;

Considerando che gli ottici non possono avere la cultura sufficiente per mettere in rilievo tali sintomi e che pertanto essi dovrebbero limitarsi — nè più nè meno come i farmacisti — ad eseguire le prescrizioni mediche;

Fanno voti alle Autorità competenti:

che, nella compilazione del Regolamento al Testo Unico delle Leggi Sanitarie, siano previsti de gli articoli atti ad

a) evitare l'inganno del pubblico sul titolo di ottico e quello di oculista;

b) che detto titolo sia concesso solo ai cittadini italiani muniti di licenza della scuola media superiore che abbiano seguìto per almeno un anno un corso di ottica presso una Clinica Oculistica del Regno autorizzata dai competenti Ministeri e conseguito il relativo diploma;

c) che sia vietata la vendita di lenti (eccezion fatta per quelle colorate non graduate) senza la ricetta dell'oculista;

d) che sia vietato e punito l'esercizio della specialità da parte degli oculisti presso i negozi di ottica, così come è vietato e punito l'esercizio della medicina presso le farmacie.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AOSTA. *Comune.* — Scad. 10 aprile; direttore del Dispensario comunale antivenereo; nomina triennale; assegno annuo L. 6000 lorde. Rivolgersi Segreteria comun.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Medico assistente; L. 4500 oltre un supplemento di L. 1020; riduzioni e ritenute; percentuale proventi Sezione Kinesiterapica; titoli ed esami; età limite 30 anni; tassa L. 25. Chiedere annunzio. Scad. ore 17 del 30 marzo. Rivolgersi Segreteria.

BRINDISI. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 10 aprile. Concorso, per titoli ed esami, ai seguenti posti: 1) Aiuto-Medico del Dispensario d'Igiene Sociale in Brindisi; 2) Direttore della Sezione Dispensariale in Ostuni. Stipendio L. 11.600, con tre quadrienni di L. 600, 700 e 900, oltre indennità serv. att. L. 2800, il tutto al lordo delle ritenute e riduzioni di legge. Età limite, al 1° febbraio, anni 40. Diploma di abilitazione a medico-chirurgo da almeno due anni e di specializzazione in tisiologia. Tassa L. 50,10.

FIRENZE. *Ospedale di San Giovanni di Dio.* — Assistente chirurgo; L. 5000 oltre indenn. guardia L. 1200 e c.-v., lorde. Doc. a 3 mesi; età massima 32 anni. Domande al Presidente del Consiglio d'Amministrazione. Tassa L. 50 (alla Cassa dell'Opera Pia). Chiedere annunzio. Scad. ore 16 del 1° maggio; prorogata al 15 maggio.

GENOVA. *Opera Pia De Ferrari Brignole Sale (Ospedali Galliera).* — Primario chirurgo degli Ospedali Galliera; L. 6000 lorde; titoli ed eventualm. esami; chiedere annunzio; età limite 50 a.; tassa L 50; doc. a 3 mesi dal 15 febbr. Laurea da 6 anni. Scad. ore 16 del 15 maggio. Rivolgersi alla Segreteria (Ospedale S. Andrea, via A. Volta 8).

ISOLA CAPO RIZZUTO (*Catanzaro*). — Scad. 15 mar.; medico chirurgo, L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 indenn. malaria, L. 3000 trasp.; riduzioni e ritenute di legge; età limite 32 a. al 28 gen.; tassa L. 50,10.

LECCE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Posto di Direttore del Consorzio - Direttore del Dispensario Provinciale Antitubercolare: stipendio annuo iniziale L. 17.000, con cinque aumenti quadriennali del decimo, sino a raggiungere il massimo di L. 25.500, oltre il supplemento di servizio attivo di annue L. 5.000. Tali assegni sono al lordo dell'imposta di R. M., delle riduzioni di cui ai RR. DD. 20-11-30, n. 1491 e 14-4-1934, n. 561, e del contributo alla Cassa di Previdenza per i Sanitari. Età non maggiore di anni 40 salvo eccezioni di legge. Scadenza ore 12 del giorno 20 aprile 1935-XIII. Obbligo della residenza fissa nel Capoluogo. Chiarimenti presso la Segreteria del Consorzio.

LOAZZOLO (*Alessandria*). — Cercasi interino; stip. L. 551,45, indenn. trasp. L. 73,35, assegno uff. san. L. 34,45, nette; domanda di semplice assunzione al Podestà.

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Assistente effettivo dei Reparti Malati di Petto; titoli ed esami; L. 5500 lorde; 2 bienni decimo; medaglie di L. 30 per il servizio di accettaz. e pronto soccorso. Scad. ore 17 del 12 marzo. Età limite 33 a. al 10 feb.; doc. a 3 mesi dalla stessa data. Tassa L. 50,10. Chiedere annunzio.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Aiuto nella Divisione Otorinolaringoiatrica; proroga al 16 marzo, ore 17,30.

CONCORSI A PREMI.

Premio Casoni.

La signora Fanny Sorokiadis vedova del prof. Casoni, per onorarne la memoria e in ossequio a desiderio da lui espresso ha disposto un premio di lire cinquemila da assegnarsi al medico italiano che compilerà il miglior lavoro sul tema « Cura delle nefriti azotemiche », pubblicato nel 1935.

La Commissione giudicatrice sarà composta dal prof. Frugoni, direttore della Clinica Medica di Roma, dal prof. Vernoni, direttore dell'Istituto di Patologia Generale di Roma e dal prof. Sotti, direttore Istituto Anatomia Patologica di Roma.

I lavori dovranno essere inviati al prof. Frugoni, Clinica Medica, Roma, entro il 28 febbraio 1936 e dovranno essere pubblicati nell'anno 1935.

La Commissione darà il suo verdetto entro il mese d'agosto e il premio sarà consegnato il giorno 6 settembre 1936, terzo anniversario della morte del prof. Casoni.

BORSE DI STUDIO.

Fondazione Michele Conte per studenti di medicina.

È aperto il concorso ad un premio di studio della Fondazione Michele Conte dell'importo di L. 5000 annue a favore di uno studente preferibilmente di condizioni economiche non agiate, il quale, avendo superato il terzo anno di studi nella Facoltà di medicina e chirurgia di qualunque Università del Regno e conseguita la media di almeno 27/30 negli esami prescritti, sia stato iscritto al quarto anno del corso di medicina e chirurgia presso l'Università di Roma.

Saranno preferiti — purchè abbiano superati tutti gli esami del triennio e siano di disagiate condizioni economiche — i candidati provenienti da Frigenti (Avellino); e, in mancanza di essi, a parità delle condizioni gli orfani di guerra o di caduti per la causa nazionale e i figli d'invalidi di guerra o per azioni fasciste.

I concorrenti dovranno presentare i documenti prima del 15 maggio alla Segreteria della R. Università di Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Ernst Philipp, di Berlino, è chiamato alla cattedra di Ostetricia e ginecologia di Greifswald.

L'Accademia di Medicina di New York ha conferito la medaglia d'oro McCullagh al dott. Charles Norris.

Alla cattedra di anatomia e istologia di Lipsia è stato chiamato il dott. Max Clara, medico comunale di Blumau, presso Bozen.

Il prof. Friedrich Schultze-Rhonhoff, di ostetricia e ginecologia a Heidelberg, è chiamato a Breslavia.

NOTIZIE DIVERSE.

Gruppo cardiologico italiano.

Allo scopo di riunire quanti medici, anatomici, fisiologi e patologi si interessano a questioni che hanno riguardo alla fisiopatologia e alla clinica dell'apparato circolatorio, un comitato promotore composto dei proff. L. Zoja, R. Segre, C. Pezzi, D. Pace, C. Frugoni, D. Cesa-Bianchi, segretario il prof. E. Buccianti, ha stimato utile d'indire una riunione il 14 aprile 1935-XIII alle ore 9 antim. a Milano nell'aula della Clinica Medica Generale della R. Università, in via Francesco Sforza 35.

In questa riunione saranno svolte le due seguenti relazioni: 1) A. Cesaris Demel, « Alterazioni anatomiche delle coronarie e sindromi cardiache »; 2) C. Pezzi, « Le coronariti ». Seguiranno la discussione sulle relazioni e le comunicazioni che venissero annunciate, per tempo, sullo stesso argomento.

Chi vuol prendere parte alla riunione è pregato di: rinviare, al più presto, l'adesione; indicare i titoli delle eventuali comunicazioni che desidera fare, entro il 20 marzo; consegnare prima della seduta il testo delle eventuali comunicazioni, dovendosi subito provvedere alla pubblicazione degli Atti della Riunione in un numero speciale di « Cuore e Circolazione », rivolgendosi al dott. Ercole Buccianti (R. Clinica Medica Generale, via Francesco Sforza 35, Milano).

L'iniziativa della costituzione del Gruppo Cardiologico Italiano spetta a R. Segre, la cui vita fu inattesamente troncata l'11 gennaio 1935.

Prossimi congressi.

Il Congresso delle Società d'Oto-Neuro-Oftalmologia (Riunione internazionale in lingua francese) è indetto a Nizza dal 14 al 18 aprile.

Relazione: « Ascessi del cervelletto », relatori i dottori Ramadier e Causse (otologia), André-Thomas e Barré (neurologia), Velter (oftalmologia). Sono in programma gite e festeggiamenti.

Rivolgersi al prof. Q. Di Marzio, R. Clinica Oculistica, Bologna.

Il 3° Congresso internazionale di patologia comparata si riunirà ad Atene dal 15 al 18 aprile 1936 sotto la presidenza del prof. W. Bensis e con l'alto patronato del Presidente della Repubblica Ellenica. Comprenderà tre Sezioni: patologia umana, patologia veterinaria e patologia vegetale. Temi: I^a Sezione: 1) Nefrosi e amilosi, 2) Echinococcosi, 3) Leishmaniosi, 4) Spirochetosi, 5) Avitaminosi: influenza sulle funzioni digestive; II^a Sezione: 1) Le

echinococcosi negli animali domestici, 2) Le spirochetosi animali, 3) Le infezioni anaerobiche negli animali domestici, 4) Le leishmaniosi animali; IIIª Sezione: L'immunità nei vegetali. Presidente del Comitato nazionale italiano è il prof. G. Sanarelli, R. Istituto d'Igiene, piazza Viminale 7, Roma. Segretario generale è il prof. Ant. A. Codoussis, Didotou 40, Atene.

La 14ª sessione delle Giornate Mediche di Bruxelles si terrà dal 29 giugno al 3 luglio, nel quadro ed in occasione dell'Esposizione internazionale universale. La maggior parte dei lavori verterà sulla fisio-patologia delle glandole endocrine; tra i conferenzieri sarà il prof. Pende. La conferenza inaugurale in occasione della seduta inaugurale sarà pronunziata dal prof. Loeper, sul tema « I musici avanti la medicina ». Sono in programma molte feste e saranno riservati importanti vantaggi ai congressisti. Quota: fr. 100 per i medici, e fr. 50 per le persone che li accompagnano. Indirizzarsi al segretario generale, Dr. René Beckers, rue Belliard 141, Bruxelles, Belgio.

La 59ª riunione della Società tedesca di chirurgia si terrà dal 24 al 27 aprile, in Berlino; temi principali: « Embolia posttraumatica » (rel. Stich, di Gottinga); « L'emofilia, con speciale riguardo alla sua importanza quale malattia ereditaria » (Schlossmann, di Bochum); « Tecnica e metodica della sterilizzazione » (Bauer, di Breslavia); « Lo stato attuale del problema della prostata, con speciale riguardo alla tecnica operatoria » (Voelcker, di Halle).

Il 1º Congresso internazionale dei medici amici del vino è indetto dal 26 al 31 agosto, a Losanna; si svolgerà nei locali della Facoltà di Medicina (palais de Rumine), sotto la presidenza del prof. Portmann. Temi: « Le vitamine del vino » (prof. Baglioni, di Roma); « Il vino nelle malattie della nutrizione » (dott. Weissenbach, di Parigi); « Il vino in psichiatria » (dott. Anglade, di Bordeaux e prof. Riser, di Tolosa). Per informazioni rivolgersi al Dr. Donarche, place du Palais-Bourbon 1, Paris 7e; Francia; per il comitato locale al Dr. Gay, Grand Chêne 8, Lausanne, Svizzera.

Il 7º Congresso della Società internazionale di balneologia avrà luogo dal 26 al 30 luglio in San Sebastián (Spagna). Temi: « Trattamento delle flogosi delle glandole cervicali », « Indicazioni e controindicazioni dei bagni di sole ». Segreteria: Plaza Bon Pastor 20, San Sebastián, Spagna.

All'Istituto " Carlo Forlanini ".

L'on. Biagi, presidente dell'Istituto nazionale fascista per la previdenza sociale, si è recato a visitare il grande Istituto sanatoriale « Carlo Forlanini » di Roma. È stato ricevuto dal direttore on. prof. Eugenio Morelli, il quale lo ha accompagnato nella visita ai vari reparti.

L'on. Biagi, dopo essersi intrattenuto con numerosi studenti stranieri è entrato nella grande aula della scuola dove erano raccolti più di 200 medici italiani che seguono un corso di perfezionamento. Accolto da vivissime acclamazioni, l'on. Biagi ha con incisiva parola illustrato ai presenti i risultati raggiunti nella lotta contro la tubercolosi con le numerose provvidenze apprestate dal Governo fascista e dagli Enti a ciò preposti. Ha poi esaltato il gesto del Duce che ha voluto intitolare al grande scienziato Carlo Forlanini il più grande Istituto sanatoriale del mondo. Le parole dell'oratore suscitano una calorosissima manifestazione al Duce da parte dei medici italiani presenti e degli studenti stranieri.

L'on. Biagi, che ha potuto seguire nel corso della sua visita il perfetto funzionamento dei vari reparti dell'Istituto e la completa attrezzatura di esso, alla fine si è vivamente compiaciuto col direttore e con tutto il personale sanitario che dedica la sua opera a così nobile fine.

Conferenze del sen. Pende in Romania.

Il sen. Nicola Pende è stato invitato a tenere in Romania un ciclo di conferenze sotto gli auspicî dell'Istituto italiano di cultura. La prima di queste conferenze sul tema: « La biotipologia e la bonifica umana costituzionale » ha avuto luogo il 25 febbraio nell'aula della Fondazione Reale Carol I. Vi assistevano il dott. Angelescu, Ministro della pubblica istruzione, il Ministro d'Italia col personale della Legazione e un numeroso stuolo di scienziati e di studenti universitari romeni. In onore del prof. Pende è stata organizzata nella capitale romena una serie di ricevimenti.

Azioni giudiziarie.

Si è svolta in Inghilterra un'azione giudiziaria contro un medico e un dentista nelle seguenti circostanze: il medico aveva in cura un uomo 36enne, con lombaggine e sciatica; egli trovò che il paziente era anche affetto da piorrea alveolare e prescrisse l'asportazione di tutti i denti, che erano in numero di 28; l'operazione venne praticata in unica seduta da un dentista, mentre il medico somministrava l'anestetico. Dopo una decina di minuti, si notò emorragia dagli alveoli dentarî; si riuscì a fermarla; si somministrarono oppiacei. L'emorragia riprese; il dentista eseguì dei tamponamenti. Il medico non disponeva di emostatici; si recò a cercarne ed al ritorno trovò che i tamponamenti non reggevano e che l'emorragia persisteva; egli si convinse che v'era tendenza all'emofilia e mandò il paziente all'ospedale, ove, entro 24 ore, ne avvenne la morte. La vedova intentò causa contro i due sanitari, adducendo i pareri di due distinte personalità mediche, H. J. Van Praagh e L. R. A. Wells, secondo i quali una palpazione avrebbe dimostrato che il paziente aveva la milza ingrandita, e ciò avrebbe potuto indurre nel sospetto di leucemia; gli strisci eseguiti *post mortem* con succo splenico dimostrarono effettivamente una leucemia mieloide. D'altra parte, non erano state adottate alcune precauzioni, come fornirsi anticipatamente di emoplastina e valersi dell'assistenza continuativa di un'infermiera qualificata. Il giudice ha escluso ogni responsabilità del dentista. Ha ammesso la negligenza del medico, in quanto questi non aveva eseguito un esame preliminare del sangue; ha rilevato che la negligenza è stata lieve, poichè scarseggiavano gli elementi per sospettare la leucemia mieloide, malattia molto rara; perciò ha escluso anche la responsabilità del medico.

Diamo notizia di un altro processo svoltosi in Inghilterra: un chirurgo aveva mandato la sua parcella, per un intervento alla gola, in 168 sterline, ossia circa 10.000 lire it.; ma il paziente rifiutò di pagare, affermando che si era convenuto anticipatamente il prezzo di sole 125 ghinee (la ghinea ha un valore alquanto superiore alla sterlina). Il chirurgo protestò, per lettera, affermando

che si era convenuto il prezzo di 120 ghinee per l'intervento operativo, mentre le spese accessorie dovevano essere conteggiate a parte; aggiunse un poscritto, in cui diceva che il paziente « avrebbe dovuto vergognarsi ». Il giudice dichiarò che, mancando impegni scritti, doveva ammettere che le due versioni contrastanti fossero in buona fede; ma ha finito per accettare la versione del paziente (il quale, a richiesta del giudice, ha riconosciuto che la vita « gli era stata salvata dal chirurgo »).

Conflitti del genere sono rarissimi: la parola tra persone dabbene ha più valore di un contratto scritto.

Nel caso specifico, è da notare che il cliente, sig. Cade, è molto ricco. Ha nociuto al chirurgo, dott. Symons, il suo poscritto, il quale rivela che egli ha un temperamento irascibile ed è poco dotato di auto-controllo.

Un po' dovunque.

L'Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara si è adunata l'11 febbraio; furono fatte comunicazioni dai soci Vignocchi, Ortolani, Lambertini, Ricci-Bitti, P.-L. Fusaroli, N. Drico.

La Società Tosco-Umbra di Chirurgia si è adunata il 21 dicembre, il 4 gennaio, l'1 e il 15 febbraio, sotto la presidenza del prof. D. Taddei, assistito dal segretario dott. P. Bucalossi. Nelle 4 sedute furono fatte 19 comunicazioni.

La Società di Ostetricia e Ginecologia delle Tre Venezie si è adunata il 6 gennaio, sotto la presidenza del prof. A. Bertino, assistito dal segretario dott. E. Maurizio. Furono fatte comunicazioni da: De Grisogono, G. Revoltella, P. Mandruzzato, A. Duca.

La Società Medico-Chirurgica Veronese si è adunata il 4 febbraio, sotto la presidenza del dott. F. Delaini, assistito dal segretario prof. G. Zanni. Furono fatte comunicazioni da: G. Artom, I. Veronesi, P. Biasi, F. Pomini.

La Società di Cultura Medica Novarese si è adunata il 7 febbraio, sotto la presidenza del prof. G. Dellepiane, assistito dal segretario dott. V. Gallina. Furono fatte comunicazioni da: U. Clerici Bagozzi, G. Fregognara, G. F. Capuani, U. Secondi.

La Società Medico-Chirurgica Trevigiana si è adunata il 15 febbraio, sotto la presidenza del prof. A. Bozzoli, assistito dal segretario dott. M. Bortolozzi. Furono fatte comunicazioni da: R. Pellegrini, Rita Cohn, G. Dei Grisogono.

Per invito del Ministero federale dell'interno della Germania, la « Società tedesca dei medici neurologi » e la « Lega tedesca di psichiatria » si sono fuse nell'« Associazione tedesca dei neurologi e psichiatri », che comprenderà due sezioni, le quali manterranno una certa autonomia; quale commissario governativo è stato preposto all'Associazione il prof. Rüdin di Monaco.

Il ramo irlandese dell'« Associazione Medica Britannica » e l'« Associazione Medica Irlandese » si sono fuse nell'« Unione Medica del Libero Stato Irlandese ».

Si è sciolta, il 31 gennaio, la Lega medica di Brema, che tre anni or sono aveva festeggiato il suo centenario.

Il 17 febbraio, in occasione della riapertura delle Regie Terme Berzieri a Salsomaggiore, si è organizzato un convegno al quale hanno partecipato oltre 500 uditori, tra cui moltissimi sanitari e studenti in medicina. Il sen. Pende ha tenuto una magistrale conferenza su « Le cure di Salsomaggiore e le glandole a secrezione interna ».

Corsi complementari d'igiene pratica si terranno nelle RR. Università di Bari e di Pisa dal 1° aprile al 31 maggio; modalità consuete; tasse rispettiv. L. 400 e L. 300.

A Dresda si terrà un corso di perfezionamento per medici, nella Clinica ginecologica, dal 1° al 30 aprile.

Un corso rapido sulla tubercolosi si terrà dal 13 al 18 maggio nel sanatorio Rheinlaud (Heilstatt Rheinlaud, bei Honnef am Rheim, Germania).

La Regina d'Italia si è recata ad Ariccia per visitare il Sanatorio del « Giornale d'Italia ».

Un anonimo ha donato all'Ospedale Santa Maria di Londra la somma di 95.000 sterline (oltre 5 milioni di lire it.) destinandole alla costruzione di un dormitorio per le infermiere e di un padiglione per pazienti di scarse risorse economiche.

Nella Clinica pediatrica della « Charité » di Berlino si è costituito un reparto climatico, sotto la direzione del prof. Bessau; ne fa parte un ambiente per lo studio del clima, in cui la temperatura può farsi variare a volontà e in modo durevole tra —10° e +10° C., e l'umidità tra 50 e 100 %; sono possibili variazioni minime.

A Praga si è fondato un Istituto per lo studio della dieta dei malati; è sovvenzionato dal Ministero dell'istruzione e dalle Stazioni di cura.

Il 15 dicembre venne inaugurato a Baltimora un nuovo « ospedale universitario », il quale ha la forma di una croce a bracci uguali; conta 10 piani, salvo la parte centrale, che si eleva a torre per altri 5 piani; è capace di 394 letti, mentre il vecchio ospedale universitario ne conteneva solo 250. Questo verrà ora rimodernato ed usato solo per gli ambulatorî (policlinica).

Il 6 gennaio venne inaugurato a Sciangai, dal console francese, un magnifico padiglione ospedaliero intitolato a San Vincenzo; esso fa parte degli stabilimenti ospedalieri francesi. È capace di 300 letti; comprende 4 reparti (chirurgia, medicina generale, pediatria ed oftalmologia). Un piccolo padiglione annesso è destinato al pronto soccorso.

Si è avviata la pubblicazione della « Revue d'Immunologie », diretta da R. Debré, G. Ramon e Pasteur Vallery-Radot, édita da Masson, a periodicità bimestrale; l'abbonamento importa 80 franchi in Francia, 90 all'Estero.

È uscito il secondo numero della « Medicina Contemporanea », organo dell'Ospedale Maggiore di S. Giovanni Battista e della città di Torino, a periodicità mensile; l'abbonamento annuo per l'Italia è di L. 36.

Il bilancio preventivo del Ministero dell'Educazione Nazionale ammonta a L. 1.632.596.359,65, con una contrazione di L. 125.835.499,15 sull'esercizio precedente, essa deriva principalmente dalle riduzioni di stipendi e di altre competenze al personale.

L'« Associazione Medica Britannica » è entrata in conflitto con l'« Unione dei Medici Pratici », fondata nel 1915 e che conta più di 5000 soci; il conflitto è determinato dal fatto che l'Unione si è iscritta alle « Trades-Unions », che hanno carattere socialista.

Gli studenti di tutte le Facoltà mediche francesi si sono messi in sciopero, fra il 31 gennaio e il 2 febbraio; nelle varie Facoltà la percentuale degli scioperanti è andata dal 90 al 100 % degli iscritti. Il movimento ha il significato di una protesta contro l'eccessivo numero di studenti stranieri, i quali poi restano in Francia e sottraggono dei posti ai medici francesi.

Gli amici, colleghi ed allievi del prof. Leone Bernard, volendo onorarne la memoria, hanno deciso di collocare un medaglione con la sua effigie nell'Ospedale Laënnec, ove egli ha insegnato ed ove egli ha trascorso tutta la sua vita ospedaliera.

Nei sobborghi di Caserta una quarantina di ragazzi hanno presentato dei sintomi d'avvelenamento, prodotti dai dolciumi forniti da un venditori ambulante.

Il traffico della metropolitana di Londra è stato interrotto per mezz'ora, onde prestare soccorso chirurgico ad un infortunato grave, che era stato trovato sui binari tra le due stazioni di Aldgate e di Liverpool Street ed evidentemente era caduto da un treno; fu trasportato alla stazione di Aldgate; mancavano locali adatti; vennero sbarrati gl'ingressi, sgombrata la piattaforma e fermati i treni, mentre due chirurgi procedevano all'amputazione delle gambe; portato all'ospedale però il paziente poco dopo cessava di vivere.

La IV Sezione della Corte d'Appello di Roma ha assolto con ampia formola il dott. Domenico Natale, medico condotto a Terni, dall'accusa di estorsione.

Si è spento a Modena, in età di 52 anni, il prof. MICHELE BOLAFFIO, direttore di quella Clinica ostetrico-ginecologica.

Allievo del Pestalozza, ha compiuto una serie di pregevoli studi; vanno ricordati quelli sull'indice opsonico nel sangue materno e fetale, sulla parabiosi quale mezzo di ricerca delle cause del travaglio, sulle anemie in gravidanza, sull'anafilassi, sui lipoidi e sul potere lipolitico nello stato puerperale, sulla durata della gravidanza, sulla determinazione del sesso ecc. Fu da noi fra i pionieri nell'applicazione della roentgenterapia. Uno dei suoi ultimi lavori è quello sull'anemia delle gravide, argomento che aveva formato oggetto di sue indagini in più riprese.

Era un entusiasta ed un altruista. Volle volontariamente partecipare alla grande Guerra e andare al fronte, dove più che medico fu soldato con i suoi Alpini. Esempio anche in quella contingenza della dirittura del suo carattere e del suo entusiasmo.

Entusiasmo che egli portò anche nell'insegnamento, nell'aiutare gli allievi, nel sostenere gli amici. *p. g.*

È con molta costernazione che registriamo un'altra gravissima perdita degli studi superiori, con la morte di SANTE DE SANCTIS. Di questa insigne personalità pubblicheremo una biografia prossimamente. A. P.

È morto a Castelnuovo Magra, poco più che sessantenne, il dott. conte ALBERTO ORSI, notissimo a Roma, ove aveva svolto per molti anni la sua attività molteplice di medico, giornalista, romanziere, drammaturgo. M. P.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 11 Marzo 1935 - XIII Num. 10

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. L. SPOLVERINI.

Osservazioni clinico-statistiche ed epidemiologiche sulla Leishmaniosi in Roma.

Dott. ARRIGO COLARIZI, aiuto.

Si nota attualmente in Italia un intensificarsi di studi sulla Leishmaniosi. Clinici, anatomo-patologi e parassitologi portano oggi un altro contributo veramente notevole alle conoscenze sulla Leishmaniosi, per le quali da cinque lustri le Scuole italiane, specialmente delle Università meridionali, avevano dato così larga messe di risultati (1).

In una mia recente comunicazione (2) ho descritto due casi di leishmaniosi viscerale autoctoni in Roma, osservati in bambini. Mi è sembrato di compiere ora un lavoro utile, non solo per la clinica, ma anche, e sopratutto, per la epidemiologia, di raccogliere i casi di leishmaniosi osservati fino ad oggi in Roma. L'indagine è stata particolarmente rivolta ai casi in cui l'infezione poteva dimostrarsi sicuramente o molto probabilmente contratta in Roma, onde poter ampliare le conoscenze sulla distribuzione geografica della leishmaniosi, e favorire quindi le ricerche delle cosidette « riserve di virus » e degli agenti trasmettitori.

Sin dal 1910 il Basile, avendo dimostrato la esistenza in Roma della leishmaniosi del cane, aveva espresso l'ipotesi che casi di Kala-Azar dovessero esistere a Roma o nelle vicinanze. E fu proprio il Basile a comunicare, insieme con Fulci, il primo caso di leishmaniosi viscerale a Roma. Si trattava di un giovane di 19 anni, deceduto al Policlinico Umberto I con diagnosi clinica di pleurite e anemia perniciosa. La storia e i sintomi clinici fecero sorgere al Fulci, che praticò l'autopsia, il sospetto che potesse trattarsi di un Kala-Azar, diagnosi che fu pienamente confermata da un accurato studio anatomico e istologico.

(1) Per l'ampia bibliografia rimandiamo sopratutto ai più recenti lavori di JEMMA, di ASCOLI, di FRANCO, di BOGLIOLO, di CANNATA, della Società Medico-Chirurgica di Catania, di MONACELLI, ecc.

(2) R. Accademia Medica di Roma, seduta del 30-6-34.

Se però il caso Fulci e Basile è il primo riconosciuto a Roma, non si può ritenere come dimostrato che l'infezione sia stata contratta a Roma, sia per il luogo di nascita dell'infermo (Castelnuovo di Porto, piccolo comune sulla via Flaminia, a 25 km. da Roma), dove presumibilmente questi doveva recarsi — tantochè durante una ricaduta del male fu ricoverato nell'ospedaletto del paese — sia per il mestiere che egli esercitava (carrettiere) e che doveva portarlo in zone più o meno distanti da Roma. Anzi il Concetti, che proprio nell'anno 1911 comunicò all'Accademia Med. di Roma un caso autoctono di leishmaniosi viscerale in un bambino nato e vissuto a Roma, nega che nel caso di Fulci e Basile si sia trattato di un'infezione autoctona « perchè il malato proveniva da Terracina ». Ciò afferma il Concetti nella comunicazione del 1912 di un secondo caso diagnosticato da lui a Roma, non però autoctono, poichè riguardava un bambino di 17 mesi e vissuto a Roccasecca (Caserta), dove il Prof. Spolverini (allora aiuto della Clinica Pediatrica) eseguì anche un'inchiesta con la quale potè escludere altri casi in quella località, che, dato di un certo interesse, risultava persino sprovvista completamente di cani.

Non sappiamo se il caso autoctono in Roma citato dal Wenyon sia quello di Concetti o quello di Fulci, non riportando l'A. nè il nome dell'osservatore nè altra indicazione. Il caso descritto da Mazzitelli nel 1911 riguardava un bambino di sei anni, proveniente da Fondi di Gaeta.

Dal 1912 in poi tacciono le comunicazioni romane sulla leishmaniosi fino al 1922, quando Sympa comunicò al Congresso Laziale di Pediatria tre casi di Kala-Azar osservati in Roma, di cui due autoctoni, l'altro invece proveniente da Monopoli (Lecce). Dei due casi autoctoni il primo riguardava un bambino di venti mesi, abitante a Vigna Pia (piccola collina sulla riva destra del Tevere, a valle e poco lontana dalla città), l'altro riguardava una bambina di quindici mesi, abitante in campagna a Monte Mario. Il Sympa, che non comunicò notizie più precise (sappiamo solo che i due bambini vennero a morte dopo l'osservazione), espresse allora l'ipotesi che nella campagna romana esistessero nascoste, sotto la diagnosi di malaria, forme sporadiche di Kala-Azar.

Tra i casi di leishmaniosi viscerale osservati nella nostra Clinica negli anni 1933 e 1934, due debbono considerarsi come certamente autoctoni, tre come probabilmente autoctoni in Roma

Di questi cinque casi, esporrò in breve i principali dati anamnestici e clinici.

CASO I. — P. Margherita, di mesi 18, nata a Roma, Borgata Prenestina, da cui proviene. Nulla di notevole nei famigliari. Gravidanza gemellare, di madre primipara. La bambina ha avuto allattamento misto, sviluppo alquanto ritardato. All'età di tre mesi ebbe bronchite catarrale febbrile per circa dieci giorni. Nel luglio dell'anno scorso, all'età di dodici mesi, la bambina fu residente per alcuni giorni in Albano, dove fu colta da disturbi intestinali a tipo colitico, che si protrassero per circa due mesi. In seguito ha goduto buona salute. Racconta la madre che la bambina da circa un mese ha febbre quotidiana, irregolare, intermittente, non molto elevata (37,5-38,5), si è dimagrita e notevolmente impallidita. Negli ultimi giorni è stato osservato un apprezzabile aumento di volume dell'addome, che però era stato sempre un po' pronunciato.

All'ingresso in Clinica (11-I-1933) la bambina si presenta piuttosto sofferente, deficiente nella nutrizione (peso kg. 8,910) con lievi note di rachitismo. La cute è pallido-cerea, succulenta al volto. Si palpano numerose linfoghiandole nelle varie stazioni. Negativo l'esame del torace e del cuore. Addome globoso, trattabile, il fegato deborda 4 cm. dall'arco, limite sup. alla sesta costola, liscio di consistenza lievemente aumentata. La milza di consistenza notevolmente dura, occupa tutta la metà sin. dell'addome, giungendo in basso ad un centimetro al disopra del pube e sorpassando la linea mediana col margine anteriore. Limite superiore all'ottavo spazio.

Negativo l'esame degli altri organi e apparati.

Esame del sangue: Eritrociti 3.080.000; Hb. 30; Val. gl. 0,50; Leucociti 4500. Formula leucocitaria: Neutrofili 27, Eosinofili 0, Basofili 0, Linfociti 64, Monociti 9. A carico della serie rossa si nota anisocitosi, poichilocitosi, policromatofilia, alcuni eritoblasti (8 % delle forme nucleate).

Ricerca del parassita malarico: negativa.

Prima puntura milza: negativa. *II^a puntura milza*: positiva per la *Leishmania* (scarsi parassiti).

Decorso clinico: Le condizioni della bambina peggiorano nella prima settimana, durante la quale la febbre, continuo-remittente, presentò elevazioni anche a 40°. Nella seconda settimana la febbre divenne nettamente intermittente, quotidiana. Si iniziò il trattamento antimoniale (Fuadina, intramuscolare, a giorni alterni e a dose progressiva, da 0,5 a 2 cc.), facendone 3 cicli, intervallati da alcuni giorni di riposo (complessivamente 16 iniezioni). Si osservò un discreto miglioramento nelle condizioni generali e la febbre cadde, per ripresentarsi con accessi saltuari, senza alcuna regolarità. L'esame del sangue dava il 23-3-1933: eritrociti 4.100.000, Hb. 45, Val. glob. 0,56, Leucociti 13.600. Formula leucocitaria: neutrofili 30, eosinofili 2, basof. 0, linfociti 66, monociti 2.

Dopo circa due mesi di degenza, una sopravvenuta infezione grippale aggravò improvvisamente le condizioni della bambina e il 4-III si ebbe l'obitus.

CASO II. — P. Maria, di mesi 18 da Roma, gemella della precedente.

Ha avuto anch'essa allattamento misto e si è sviluppata abbastanza regolarmente. All'età di

tre mesi ebbe per qualche giorno febbre con manifestazioni catarrali delle prime vie respiratorie. All'età di un anno disturbi intestinali durati pochi giorni (contemporanei a quelli della sorellina).

A detta dei parenti, la bambina è malata soltanto da sette giorni: irrequietezza, anoressia, pallore, dimagrimento, scarsa febbre intermittente (37°,5-37°,7) modica tosse.

All'ingresso in clinica (12-1-1933) la bambina si presenta sofferente, molto pallida, in mediocre stato di nutrizione, con lievi note di rachitismo (peso kg. 9,220). Negativo l'esame del torace e del cuore. Addome globoso. Il fegato, poco aumentato di consistenza, liscio, deborda 3 cm. dall'arco costale, limite sup. al 5° spazio. La milza deborda 5 cm. dall'arco costale, dura, limite sup. all'8° spazio. Nulla di particolare e carico degli altri organi e apparati.

Esame del sangue: Eritrociti 2.800,000; Hb. 37; Val. glob. 0,66; Leucociti 6000. Formula leucocitaria: Neutrofili 36; Eosinofili 0; Basofili 0; Linfociti 52; Monociti 12. A carico della serie rossa si nota modica anisocitosi e poichilocitosi, alcuni eritroblasti poli- e ortocromatici (5 % sul totale delle cellule nucleate).

Ricerca del parassita malarico: negativa.

Puntura della milza: ricco reperto di *Leishmania*.

Decorso clinico: La bambina restò degente in clinica due mesi. Nella prima settimana la febbre fu irregolarmente intermittente, per lo più non molto elevata (una sola volta raggiunse i 40°), con accessi quotidiani, talora biquotidiani. Si iniziò cura antimoniale con iniezioni intramuscolari di Fuadina, a dosi progressive, di cui vennero praticati 3 cicli di complessive 18 iniezioni, distanziati di 5-6 giorni l'uno dall'altro. La febbre, ridotta a piccoli accessi durante il primo ciclo di cura, cadde per qualche giorno, poi risalì di nuovo per una settimana. Dopo il 2° ciclo di cura la febbre scomparve per 10 giorni, ma si ripresentò nell'ultima settimana di degenza, per cui fu subito ripresa la cura specifica.

La bambina venne ripresa dai parenti il 4-III, in condizioni generali evidentemente migliorate nei riguardi dell'anemia (eritrociti 4.000.000) e del peso (la bambina aveva guadagnato durante la cura circa 1 kg.) ma con persistente epatosplenomegalia, leucopenia (3440 leucociti) e netta inversione della formula leucocitaria.

Epicrisi: Si tratta di due casi di leishmaniosi viscerale in bambine gemelle, nate e vissute in una borgata alle porte di Roma. La permanenza per alcuni giorni in Albano (a 25 Km. da Roma) 8 mesi prima del ricovero in Clinica, mette in dubbio se l'infezione sia stata contratta nella località di abituale domicilio o non piuttosto in Albano.

Le notizie anamnestiche possono poco aiutarci. Anche se si voglia tenere nel debito conto la coesistenza di più fattori per spiegare in parte l'anemia e l'epato-splenomegalia (gemellanza, anemia costituzionale, rachitismo), non si può pensare che un tumore di milza e di fegato di così alto grado, specie nel primo caso, si sia costituito nel breve spazio di tempo, in cui vennero dai genitori notati i primi sintomi della malattia.

Le manifestazioni a carico degli organi ipocondriaci e della crasi sanguigna risalivano a qualche mese addietro, almeno per il 1° caso, e quindi l'infezione potrebbe rientrare nel periodo di tempo trascorso in Albano. Tuttavia, essendo quest'ultima località sita ad una maggiore altitudine, sinora indenne, per quanto ci risulta, da leishmaniosi, mentre il domicilio abituale delle due bambine rappresenta il classico ambiente antigienico, all'aperto, vicino a corsi d'acqua e a località che ci risultano sicuramente colpite da leishmaniosi — pur in mancanza di dati anamnestici precisi anche per quanto riguarda cani ed insetti — riteniamo sia molto più probabile che l'infezione sia stata contratta nella Borgata Prenestina, anzichè durante i pochi giorni di soggiorno in Albano.

CASO III. — M. Nunzio, di anni 3, domiciliato in Roma, in Via Monte Somma (Monte Sacro). Il bambino è nato a Roma, è stato allattato dalla propria madre, ha convissuto sempre con la famiglia in una baracca al n. 545 di Via Nomentana (località Batteria Nomentana), fino all'epoca della malattia attuale. Lo sviluppo e i primi atti fisiologici sono stati normali. Nessun precedente morboso degno di nota.

Il 1° ottobre 1933, in seguito a demolizione delle baracche di Via Nomentana, il bambino si è trasferito con la famiglia al nuovo domicilio di Monte Sacro, sulla riva destra dell'Aniene. In tale epoca erano già comparse le prime manifestazioni della malattia (febbre quotidiana, anemia, diarrea, dimagramento, aumento di volume dell'addome). Il bambino viene ricoverato in Clinica il 14 febbraio 1934.

Egli si presenta in condizioni di nutrizione molto scadute, con accentuato pallore e succulenza della cute, addome rigonfio, tumore di milza (dalla VII costa alla spina iliaca a. s.) e di fegato (dal V spazio a 5 cm. dall'arco costale). Nulla di particolare a carico degli altri organi e sistemi. La febbre è quotidiana, irregolarmente remittente.

Esame del sangue: Eritrociti 2.600.000; Hb. 60; Val glob. 1,15; Leucociti 8600. Formula leucocitaria: Neutrofili 20; Eosinofili 0; Basofili 0; Linfociti grandi 38, piccoli 36; Monociti 6. A carico della serie rossa si nota modica anisocitosi e qualche rara emazia nucleata.

Ricerca del parassita malarico: negativa.

Esame del midollo osseo (puntura della tibia): ricco reperto di *Leishmania*.

Decorso clinico: La febbre mantiene il suo carattere intermittente con elevazioni massime di 39°-40° fino al giorno 29 marzo. Durante la degenza il bambino è colpito da polmonite D, che supera felicemente, nonostante le condizioni generali fossero molto precarie.

Come terapia fu usato il Neo-stibosan (preparato di antimonio colloidale) per iniezioni intramuscolari, di cui vennero fatti 2 cicli di 8 iniezioni ciascuno (g. 0,10 a distanza di 3 giorni l'una dall'altra) con un intervallo di 20 giorni.

Un successivo *esame del midollo osseo* il 4-4-1934 (il bambino era apirettico da una settimana) non dimostrò più la presenza di leishmania.

L'esame del sangue, dopo un aggravamento dell'anemia con spiccata leucopenia (3600) ed inversione della formula leucocitaria (3-3-1934) aveva dimostrato verso la fine del periodo febbrile un notevole miglioramento, specie a carico dei globuli bianchi. Al momento della dimissione

(10-5-1934), dopo tre mesi di degenza, i valori leucocitari erano divenuti quasi normali, mentre persisteva un notevole grado di anemia. Il malato aveva riacquistato circa 1 kg. di peso. Riveduto a distanza di un mese, il bambino si presenta in buone condizioni generali, con stato di nutrizione discreto, ma è sempre piuttosto pallido. La milza deborda solo 3 cm. dall'arco, il fegato 3 cm. Non è stata più osservata febbre.

Epicrisi: Non può esistere alcun dubbio sull'origine autoctona della infezione, le cui manifestazioni sono state quelle tipiche del Kala-Azar, diagnosi confermata dall'accertamento del parassita nel midollo osseo. L'esito della cura permette di parlare di guarigione clinica, pur non potendosi ancora escludere la possibilità di recidive.

CASO IV. — I. Bruno, di mesi 18, domiciliato a Roma in Via Bixio 82. Ha avuto allattamento materno, non ha sofferto malattie degne di nota, è stato sempre a Roma fino all'agosto 1933, quando fu condotto dai genitori a Paterno in Abruzzo (4 km. da Avezzano).

Riferisce la madre che dopo 5-6 giorni di soggiorno in Abruzzo il bambino incominciò ad avere febbre intermittente, con profusa sudorazione. Non essendo stata posta alcuna diagnosi, che potesse tranquillizzare i genitori, il bambino fu subito ricondotto a Roma, dove un sanitario nella ipotesi di una cistite (non fu però praticato esame delle urine) lo curò con elmitolo ed urotropina. Il bambino in pochi giorni era notevolmente deperito e divenuto molto pallido. La febbre scomparve per una diecina di giorni, ma poi si ripresentò per la durata di due settimane con gli stessi caratteri, cioè irregolarmente intermittenti accompagnata da sudorazione (fu diagnosticata influenza!). Seguirono altri periodi febbrili di varia durata, di cui il più lungo in dicembre (diagnosticata infezione intestinale) e un altro in gennaio con progressivo accentuarsi dell'anemia e del dimagramento. Verso la metà di febbraio la febbre riprese con maggiore intensità e questa volta senza alcuna tendenza a cadere, tanto che il bambino venne condotto in Clinica il 9-3-1934.

All'ingresso le condizioni del piccolo paziente si presentano gravi. Cute intensamente pallida e succulenta, nutrizione molto scadente. La milza, che in alto raggiunge il VII spazio, oltrepassa col margine mediale la linea mediana e in basso raggiunge la spina iliaca a. s. Il fegato, notevolmente duro, deborda circa 4 cm. dall'arco, in alto è alla V costa.

Null'altro di particolare a carico degli altri organi ed apparati, se si eccettuano una bronchite catarrale lieve e la presenza di qualche nota di rachitismo.

Esame del sangue: Eritrociti 2.550.000; Hb. 35; Val. glob. 0,70; Leucociti 5800. Formula leucocitaria: Neutrofili 22; Eosinofili 1; Basofili 0; Linfociti 75; Monociti 2. Discreta anisocitosi. Emazie nucleate 3 %.

Ricerca del parassita malarico: negativa.

L'esame del midollo osseo (puntura della tibia) rivela la presenza della *Leishmania*. (Parassiti numerosi, per lo più extracellulari).

Decorso clinico: Il bambino, durante i nove giorni di degenza in Clinica, presentò febbre quotidiana intermittente, spesso con due accessi nello stesso giorno (elevazione massima 40°,5). Fu iniziata subito cura antimoniale con iniezioni ogni 3 giorni di Neo-stibosan intramuscolare (1ª dose ctg. 5, 2ª ctg. 7,5, 3ª 10 ctg.). Dimesso il bambino per volontà dei parenti, la cura è stata continuata ambulatoriamente. Dopo il 1° ciclo di 10 iniezioni la febbre è scomparsa. Attualmente il bambino continua a curarsi ambulatoriamente ed è in ottime condizioni.

Epicrisi: Si tratta di un tipico caso di leishmaniosi viscerale in un bambino di 18 mesi, che fino all'età di 11 mesi non era mai uscito da Roma, nè si era allontanato dal quartiere di abitazione. I sintomi clinici, che stabiliscono una chiara continuità di malattia, dai primi attacchi febbrili dell'agosto 1933 al momento del ricovero in Clinica, debbono far ritenere che il primo attacco febbrile verificatosi durante il breve soggiorno in Abruzzo, sia stata la prima manifestazione della leishmaniosi.

Le diverse diagnosi, poste a breve distanza l'una dall'altra, non possono che confermare tale ipotesi. Ammessa questa, come sembra logico, non si può pensare che il bambino abbia contratto l'infezione in Abruzzo (si trattava poi di una zona dove finora non sono stati segnalati casi di leishmaniosi) poichè il periodo di incubazione sarebbe stato troppo breve (5-6 giorni). Riteniamo pertanto che anche questo caso deponga per infezione autoctona in Roma.

CASO V. — F. Giacomo, di anni 6, nato ad Arnara (Frosinone), ma domiciliato sin dall'età di 15 giorni a Roma, in Via Borgo S. Lazzaro (Quartiere Trionfale, alle pendici di M. Mario). Il bambino è stato allevato al seno materno, si è regolarmente sviluppato e non ha mai sofferto malattie degne di nota.

Nello scorso anno il bambino soggiornò dal 21 giugno fin verso la metà di ottobre al paese nativo. Non fu mai malato, se si eccettua una manifestazione cutanea senza febbre, di cui soffrì ai primi dell'estate scorsa, che viene descritta come una eruzione al dorso di fini elementi vescicolosi, secondariamente crostosi, guarita in una diecina di giorni e attribuita da un sanitario a cause tossiche generiche. Nell'inverno è stato bene.

I primi sintomi della malattia si sono manifestati ai primi di aprile di quest'anno, cioè due mesi e mezzo or sono: elevazioni termiche irregolari, talvolta molto forti (40°), sudorazione, pallore, dimagramento (furono diagnosticate febbri reumatiche).

Il bambino fu ricoverato per qualche giorno in un ospedale infantile, donde venne dimesso dopo pochi giorni perchè apirettico. Ma la febbre ricomparve ben presto; inoltre il bambino aveva spesso diarrea e si lamentava di dolori addominali.

All'ingresso in clinica (16-6-1934) il bambino si presenta in condizioni generali e di nutrizione discrete. Cute piuttosto pallida. Si palpano numerose linfoghiandole in tutte le stazioni. Negativo l'esame del torace e del cuore. Addome un po' rigonfio, trattabile, indolente. Il fegato, il cui limite superiore è al V spazio, deborda 8 cm. dall'arco, in alto raggiunge il VI spazio intercostale, di consistenza notevolmente dura.

Nulla di particolare a carico degli altri organi e apparati.

Esame del sangue: Eritrociti 4.150.000; Hb. 86; Val. glob. 1,05; Leucociti 7100. Formula leucoci-

taria: Neutrofili 55; Eosinofili 0; Basofili 0; Linfociti 36; Monociti 10; Endoteli 0,5. A carico della serie rossa non si notano alterazioni morfologiche. Qualche raro eritroblasto.

Ricerca del parassita malarico: negativa.

Puntura del midollo osseo: negativa per parassiti della Leishmania.

Puntura della milza: reperto abbastanza ricco di *Leishmania*.

Decorso clinico: Il bambino, che trovasi attualmente ricoverato in Clinica, presenta febbre intermittente, quasi quotidiana, piuttosto elevata (39°-39°,5). Le condizioni generali si mantengono buone, l'anemia è modica.

Da alcuni giorni è stata iniziata la cura specifica (iniezioni intramuscolari di Neostibosan).

Epicrisi: Tipico caso di Leishmaniosi viscerale in un bambino grandicello le cui prime manifestazioni datano da circa due mesi e mezzo. Ma l'epatosplenomegalia cospicua fa ritenere che la malattia sia iniziata da più lungo tempo. Il soggiorno di quattro mesi in provincia di Frosinone, sei mesi prima dell'inizio delle manifestazioni febbrili, pur non essendo stati segnalati nella località casi di leishmaniosi (3), tolgono a questo caso la certezza di un'infezione autoctona. Tuttavia l'ambiente romano in cui è vissuto e vive tuttora il paziente è fortemente sospetto come zona di possibile contagio. L'abitazione è situata alle falde di M. Mario, sulla destra del Tevere, un poco a valle della confluenza dell'Aniene, in una località quanto mai sudicia, infestata da moltissimi pappataci.

In casa non ci sono cani, ma la zona è popolata da molti cani randagi.

È ormai un dato acquisito che la leishmaniosi non è malattia soltanto della costa mediterranea, ma prevalente della costa. Sarebbe peraltro illogico escludere dalle zone di possibile contagio Roma, situata a così breve distanza dal mare, specialmente oggi che i traffici e il movimento immigratorio — in prevalenza dall'Italia meridionale — hanno senza dubbio aumentato le possibilità di trasporto del virus sia con l'uomo, sia con gli animali. I primi casi autoctoni segnalati, sia pure provenienti alcuni dall'immediata periferia dell'Urbe, facevano forse allora ritenere che anche la casistica romana sarebbe in pochi anni notevolmente aumentata. In realtà i casi di leishmaniosi viscerale diagnosticati a Roma in un ventennio sono aumentati, ma non in proporzioni tali quali poteva presumersi, specie se si tien conto che molti dei casi romani provengono da regioni notoriamente più o meno colpite dalla leishmaniosi.

La malattia deve quindi ritenersi per Roma una evenienza rara. È ciò legato al fatto che « mancano le condizioni favorevoli alla diffusione del virus », o alla deficienza diagnostica? Forse son vere ambedue le ipotesi. Ma se veramente esistessero focolai di leishmaniosi di una certa importanza a Roma o nelle vicinanze, gli Ospedali e le Cliniche, in considerazione anche dell'aumento dei ricoveri verificatosi negli ultimi anni, dovrebbero testimoniare una statistica di leishmaniosi ben superiore.

Nell'intensificarsi di studi sulla leishmaniosi in Italia un notevole contributo è stato dato anche dalla conoscenza della leishmaniosi cutanea.

In questo campo recentemente sono apparsi importanti lavori di Monacelli, che, oltre ad aver individuato una estesa endemia di leishmaniosi cutanea in Abruzzo, quindi in una zona finora ritenuta indenne anche in considerazione della sua latitudine, ha segnalato casi sporadici in diverse regioni d'Italia e persino a Roma. Poichè attualmente possono considerarsi in gran parte cadute le barriere poste tra la Leishmania Donovani e la Leishmania tropica — pur non potendosi sicuramente ammettere un'assoluta identità tra la Leishmania cosidetta viscero-tropa e quella dermo-tropa — è da ritenere che là dove esiste leishmaniosi viscerale esista anche leishmaniosi cutanea. Per lo meno si può affermare che in Italia il supposto antagonismo tra le due forme non ha più ragione di esistere. Ciò appare evidente anche dal confronto della distribuzione geografica dei due tipi di infezione, almeno per le zone, in cui la leishmaniosi può ritenersi endemica. Anche nella endemia abruzzese, descritta da Monacelli, figurano accanto ai numerosi casi cutanei, diagnosticati soltanto ora nella loro vera natura, non pochi casi già da tempo diagnosticati di leishmaniosi viscerale. In alcune regioni d'Italia sono stati segnalati casi autoctoni appartenenti soltanto ad una delle due forme di leishmaniosi. ma ciò dipende verosimilmente, più che da particolari condizioni d'ambiente e da possibili differenze dell'ospite intermedio, da un reale difetto diagnostico, inevitabile per le zone in cui la malattia non era conosciuta in passato. Per quanto riguarda Roma, l'importanza di aver segnalato la zona di provenienza, trova conferma nella recente osservazione di Monacelli di un caso di leishmaniosi cutanea proprio nel quartiere Nomentano (S. Agnese), cioè in una zona che dista poco più di 500 metri da quella di provenienza di uno dei miei malati. Si può quindi legittimamente sospettare la presenza di un focolaio di leishmaniosi (viscerale e cutanea) in un quartiere urbano di recente sviluppo edilizio. È di questi giorni la comunicazione di un caso di leishma-

---

(3) Il dott. FICHERA, alla cui cortesia debbo le notizie, assicura che nè in Arnara, di cui è medico condotto, nè in comuni limitrofi sono stati finora segnalati casi di l.

TABELLA I.

Caso	Osservatori	Età	Anno	Provenienza	Località in cui fu contratta l'inf.	Inizio malattia	Terapia	Esito
1. N. Luigi . . .	Fulci e Basile	19 a.	1911	Castelnuovo di Porto	Roma o Terracina ?	17 mesi	—	Obitus
2. C. Vincenzo .	Concetti (Cl. Pediatr.)	4 a.	1911	Roma	Roma (V. Sicilia)	2 mesi	—	Obitus
3. N. N.	Id.	17 m.	1912	Roccasecca	Roccasecca (Caserta)	5 mesi	—	Miglior.
4. N. N.	Mazzitelli (B. Gesù)	6 a.	1912	Fondi	Monte S. Biagio (Fondi-Gaeta)	—	—	Obitus
5. P. V.	Sympa (B. Gesù)	20 m.	1917	Roma	Vigna Pia (Roma)	3 mesi	Specif.	Obitus
6. N. N.	Id.	15 m.	1918	Roma	Monte Mario (Roma)	—	Specif.	Obitus
7. S. Maria . . .	Id.	30 m.	1921	Monopoli	Monopoli (Lecce)	3 mesi	Specif.	Guarig.
8. C. Giovanni .	Cl. Pediatrica	3 a.	1921	S. Lucido	S. Lucido (Cosenza)	8 mesi	Specif.	Miglior.
9. M. Vittorio	Id.	2 a. 9 m.	1921	Roma	R. Calabria	2 anni	Specif.	Miglior.
10. P. Vito . . .	Id.	2 a. 6 m.	1926	Roma	Roma (Città Giardino)	6 mesi	Specif.	Obitus
11. G. B.	Fanano (B. Gesù)	3 a.	1927	S. Remo	San Remo	2 mesi	Specif.	Miglior.
					Siracusa	10 mesi	Specif	Guarig.
12. I. Maria . . .	Cl. Pediatrica	5 a.	1931	Roma				
13. M. Elisa . . .	Id.	3 a.	1932	Roma	Roma (V. A. Ristori) o Terracina ?	11 mesi	Specif.	Guarig.
14. L. Goffredo	Osp. Littorio	21 a.	1932	Roma	Catania	5 anni	Specif.	Miglior.
15. C. Pasquale .	Cl. Pediatrica	5 a.	1933	Itri	Itri (Roma)	4 mesi	Specif.	Guarig.
16. R. Mario . . .	Id.	4 a.	1933	Frosinone	Villa S. Lucia (Frosinone)	6 mesi	Specif.	Guarig.
17. M. Nunzio . .	Id.	3 a.	1933	Roma	Roma (V. Nomentana)	5 mesi	Specif.	Guarig.
18. P. Margherita.	Id.	18 m.	1933	Roma	Roma (Borg. Pren.) o Albano ?	1 mese	Specif.	Obitus
19. P. Maria . .	Id.	18 m.	1933	Roma	Roma (Borg. Pren.) o Albano ?	7 gg. (?)	Specif.	Miglior.
20. J. Bruno . .	Id.	18 m.	1934	Roma	Roma (V. Bixio)	8 mesi	Specif.	Guarig.
21. F. Giacomo .	Id.	6 a.	1934	Roma	Roma (Q. Trionf.) o Arnara ?	2 mesi e mezzo	Specif.	In cura
22. N. N.	Antonelli e Galli	13 a.	1934	Roma	Roma (Città Giard.) o Anzio-Nettuno ?	Qualche mese	Specif.	In cura
23. L. C.	Monacelli	53 a.	1933	Roma	Roma (V. Nomentana)	4 mesi	Forma cutanea	
24. N. N.	Sarnelli	23 a.	1933	Nettuno	Nettuno o Caprara (Pescara) ?	1 anno	Forma cutanea	
25. N. N.	Vernoni e Ferreri	adulto	1933	Roma	Roma (V. Goito)	6 mesi	Forma cutaneo-mucosa	

niosi viscerale (Antonelli e Galli) proveniente proprio dal quartiere Nomentano (città Giardino). Ma persino nel passato alcuni dei rari dal quartiere Nomentano o dalle sue immediate vicinanze.

Nella tabella I ho riunito tutti i casi, di cui

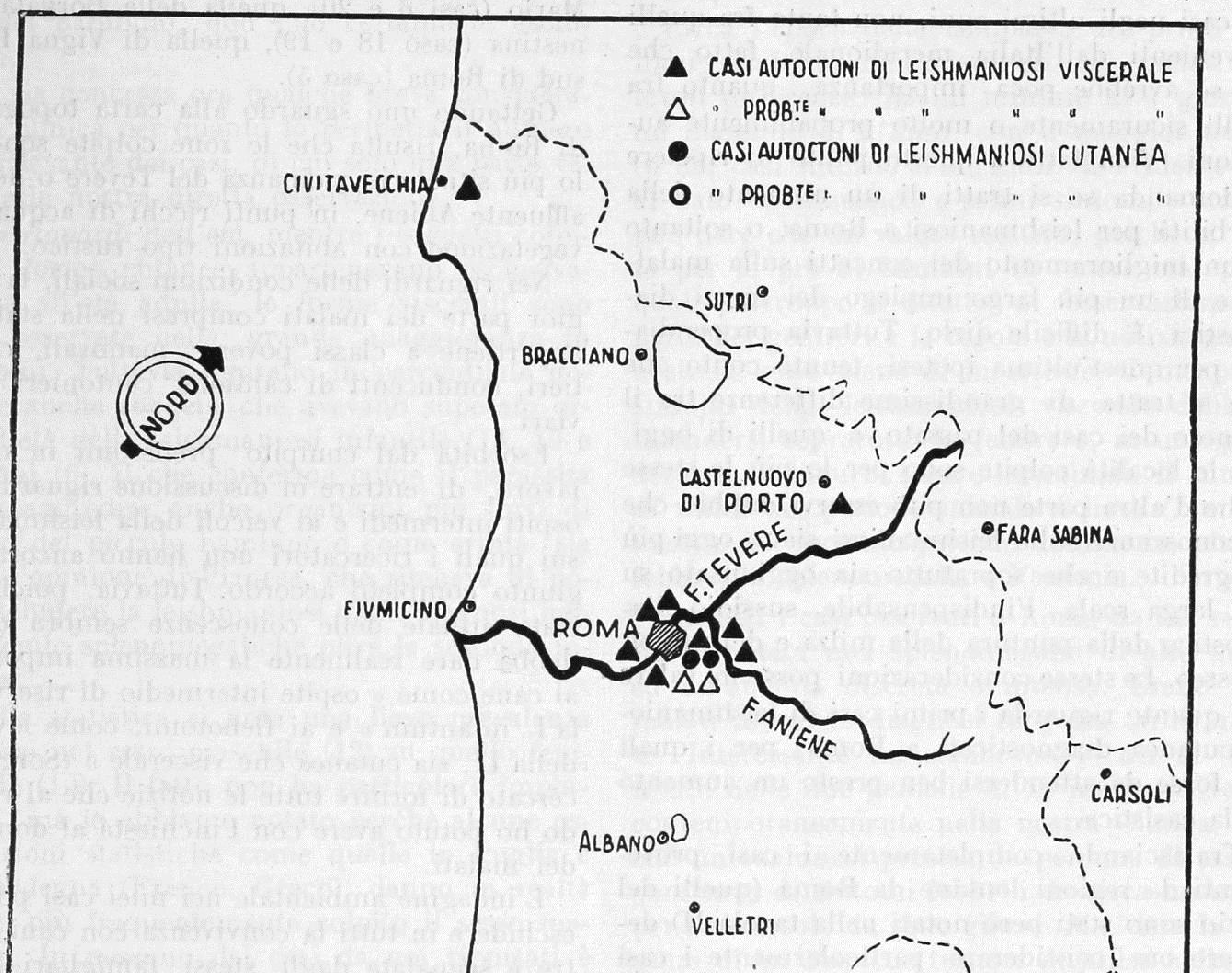


Tabella II.

casi di leishmaniosi viscerale certamente o probabilmente autoctoni, che abbiamo potuto rintracciare con una accurata indagine nelle Cliniche e negli Ospedali di Roma, provenivano ho potuto avere esatte notizie, o attraverso pubblicazioni, o attraverso l'esame delle schede cliniche e ospitaliere. La breve statistica non ha la pretesa di raccogliere con certezza tutti

i casi diagnosticati a Roma, ma essa ne contiene certamente la maggior parte (4).

Nella statistica si nota un aumento evidente dei casi negli ultimi anni, non tanto fra quelli provenienti dall'Italia meridionale, fatto che per sè avrebbe poca importanza, quanto fra quelli sicuramente o molto probabimente autoctoni. Vien fatto a questo punto di ripetere la domanda se si tratti di un aumento della morbilità per leishmaniosi a Roma, o soltanto di un miglioramento dei concetti sulla malattia e di un più largo impiego dei mezzi diagnostici. È difficile dirlo. Tuttavia propendiamo per quest'ultima ipotesi, tenuto conto che non si tratta di grandissime differenze tra il numero dei casi del passato e quelli di oggi, che le località colpite sono per lo più le stesse e che d'altra parte non può esservi dubbio che le conoscenze sulla leishmaniosi siano oggi più progredite e che sopratutto sia oggi usato su più larga scala l'indispensabile sussidio diagnostico della puntura della milza e del midollo osseo. Le stesse considerazioni possono valere per quanto riguarda i primi casi di leishmaniosi cutanea diagnosticati a Roma, per i quali c'è forse da attendersi ben presto un aumento della casistica.

Tralasciando completamente i casi provenienti da regioni lontane da Roma (quelli del Lazio sono stati però notati nella tavola II) desidero ora considerare particolarmente i casi romani, per quanto riguarda sopratutto la loro distribuzione topografica e le notizie ambientali.

Risulta evidente dalla tabella II — prima carta della distribuzione della leishmaniosi in Roma e provincia — che la zona di Roma dove può ritenersi dimostrata l'esistenza di un focolaio endemico di una certa entità, è rappresentata dal Quartiere Nomentano (casi 10, 17, 22, 23) (5).

Altri casi provengono dalle immediate vicinanze di via Nomentana (casi 2, 12, 24). Tra le zone sospette vengono poi quella di Monte Mario (casi 6 e 20), quella della Borgata Prenestina (caso 18 e 19), quella di Vigna Pia, a sud di Roma (caso 5).

Gettando uno sguardo alla carta topografica di Roma, risulta che le zone colpite sono per lo più situate in vicinanza del Tevere o del suo affluente Aniene, in punti ricchi di acqua e di vegetazione con abitazioni tipo rustico.

Nei riguardi delle condizioni sociali, la maggior parte dei malati compresi nella statistica appartiene a classi povere: manovali, carrettieri, conducenti di camions, cantonieri ferroviari.

Esorbita dal compito prefissomi in questo lavoro, di entrare in discussione riguardo agli ospiti intermedi e ai veicoli della leishmaniosi, sui quali i ricercatori non hanno ancora raggiunto completo accordo. Tuttavia, poichè allo stato attuale delle conoscenze sembra che si debba dare realmente la massima importanza al cane come « ospite intermedio di riserva per la L. infantum » e ai flebotomi, come « veicoli della L., sia cutanea che viscerale » (Sorge), ho cercato di fornire tutte le notizie che al riguardo ho potuto avere con l'inchiesta al domicilio dei malati.

L'indagine ambientale nei miei casi porta ad escludere in tutti la convivenza con cani, mentre è segnalata dagli stessi famigliari la frequente presenza di cani randagi nelle vicinanze. Nei casi 17, 18, 19 e 21 le condizioni di ambiente erano quelle che sono classicamente descritte come le più frequenti a riscontrarsi nelle zone colpite da leishmaniosi: miseria, sudiciume, vita all'aperto. La presenza di insetti come pulci, zanzare, pappataci è indubbia e chiaramente indicata dagli abitanti. Nessuno dei famigliari dei bambini, di cui abbiamo dato la storia clinica, presentava segni sospetti di infezione cutanea o viscerale e dall'interrogatorio, sia dei famigliari stessi, sia dei vicini di casa nessun altro bambino risulterebbe ammalato in quella zona con manifestazioni sospette di leishmaniosi. Più difficile è stabilire l'eventuale contagio per mezzo di cani ed insetti nel caso 20, proveniente da un quartiere urbano centrale, specialmente trattandosi di un bambino, che all'epoca dell'inizio della malattia, era ancora lattante. Ma la puntura di insetti

---

(4) A completamento del numero possiamo aggiungere tre casi (non inseriti nella tabella I per mancanza di notizie dettagliate), osservati dal prof. ARCANGELI (V. discussione alla seduta dell'Accademia Lancisiana del 14-6-1934), di cui uno proveniente dalla Sabina e due da Terracina, e un caso, proveniente da un paese della Calabria, osservato in Roma dal prof. SILVESTRI e dal prof. GUCCIONE (settore).

(5) Ci sarebbe forse da aggiungere un altro caso, osservato in Clinica Pediatrica nel 1911: un bambino di 17 mesi in cui l'anamnesi e la sindrome clinico-ematologica deponevano per una leishmaniosi viscerale. Trovo scritto sulla scheda, di pugno del prof. CONCETTI: « non si pratica la « puntura della milza per le gravi condizioni del « bambino » (infatti il bambino morì dopo pochi giorni). Segnalo tuttavia questo caso di probabile l. viscerale per il fatto che il bambino proveniva da un'abitazione al Viale della Regina 159, cioè in pieno quartiere Nomentano, in quell'epoca al suo iniziale sviluppo edilizio.

(che sarebbe stata notata invece in modo abbastanza preciso dai malati adulti, affetti da forma cutanea, nei casi riferiti da Monacelli e da Vernoni) anche se mai osservata dalla madre del bambino, non può certamente escludersi.

Mi sia concessa ora qualche breve considerazione clinica per quanto lo permetta il numero non rilevante dei casi, di cui solo una parte venuti alla nostra diretta osservazione.

Nei riguardi dell'età, mentre i soggetti colpiti da forme cutanee appartenevano esclusivamente all'età adulta, le forme viscerali sono state osservate nella grande maggioranza in bambini. Tuttavia figurano in percentuale notevole anche soggetti che avevano superato ormai l'età della leishmaniosi infantile (13, 19 e 21 anni (6), il che conferma come il parassita possa aggredire anche organismi più forti di quello del piccolo bambino e come errata sia stata l'opinione di Pianese, che riteneva di poter escludere la leishmaniosi dalla diagnosi nelle anemie splenomegaliche oltre la seconda infanzia.

Nella statistica si nota una lieve prevalenza dei casi nel *sesso* maschile (12) su quello femminile (10). Il fatto non ha particolare importanza, ma lo abbiamo notato perchè alcune osservazioni statistiche come quelle in Puglia e in Sardegna (Franco, Greco), danno in realtà molto più frequentemente colpito il sesso maschile. In nessuno dei casi da noi riportati è possibile avere un criterio riguardo al *periodo di incubazione della malattia*, poichè tanto nei casi autoctoni in Roma, come in quelli importati, non possono stabilirsi precisi rapporti col soggiorno in una determinata località sicuramente infetta da leishmaniosi. A giudicare dagli scarsi dati clinici sicuri riferiti nella letteratura, sembrerebbe che il periodo di incubazione possa oscillare da qualche settimana ad alcuni mesi, (non inferiore ai 35 giorni nelle ricerche sperimentali sul cane, secondo Nicolle).

Per quanto riguarda *l'influenza stagionale*, dato che ha una notevole importanza epidemiologica, l'inizio della malattia in undici casi, che comprendono quelli autoctoni di Roma e del Lazio, in cui le notizie anamnestiche sono precise, si è verificato per lo più nell'inverno o all'inizio della primavera; solo in un caso (n. 20) nel mese di agosto e in un altro (n. 17) nel mese di ottobre. Pertanto l'insorgenza della malattia a Roma sembra verificarsi nelle stagioni dell'anno in cui è stata trovata la maggior frequenza secondo le statistiche dell'Italia meridionale (Gabbi, Longo, citati da Jemma).

Circa *l'epoca della comparsa dei primi sintomi* risultano dall'anamnesi dei malati notevoli differenze: da un minimo di 7 giorni a un massimo di 5 anni, con il maggior numero dei casi intorno ai 5-6 mesi. È evidente che al dato anamnestico « primi sintomi » non si può dare che un valore relativo, poichè si tratta per lo più di bambini in tenera età, per i quali purtroppo il difetto di osservazione da parte dei genitori è la regola e le notizie anamnestiche sono piene di incertezze. Come primi sintomi della leishmaniosi viscerale debbono intendersi sopratutto la febbre e, in una parte dei casi, i disturbi gastro-intestinali. Il tumore di milza nel periodo iniziale è lieve (Jemma), mentre nel secondo periodo dominano, oltre la febbre, la splenomegalia e l'anemia.

In tutti i casi osservati a Roma da me riportati è notata una splenomegalia di alto grado ed un'anemia discreta o intensa. Erano tutti malati in cui la diagnosi fu posta tardivamente. Interessante mi sembrano i casi n. 18 e n. 19, delle due gemelle di 18 mesi, ricoverate contemporaneamente nella nostra Clinica, poichè un'anamnesi precisa dà per una di esse la comparsa di sintomi febbrili da circa un mese, per l'altra solo da sette giorni. Ma, data la presenza di un cospicuo tumore di milza nella prima e discreto nella seconda, è logico pensare che la malattia si sia sviluppata in un periodo di tempo più lungo, durante il quale decorse subdolamente, senza febbre o per lo meno con febbre molto lieve. Vero è che nei bambini si può ammettere, per le ben note ragioni costituzionali, per rachitismo ecc., che la milza, già abnormemente ingrandita, possa più rapidamente raggiungere dimensioni notevoli, e che quindi possa in alcuni casi accettarsi come esatto il riferimento dell'inizio della malattia ad un'epoca abbastanza recente. Ma non si può escludere che in alcuni casi il primo stadio della malattia sia completamente latente e che lo sviluppo dei parassiti negli organi ipocondriaci ed emopoietici possa essere per molto tempo compatibile con uno stato di apparente benessere.

Per i casi 18 e 19 delle due bambine gemelle vien fatto anche di domandarsi se non si debbano considerare come prime manifestazioni della malattia i disturbi intestinali sofferti nell'estate, contemporaneamente dalle due bambine. Tali disturbi, a tipo colitico

(6) Nella letteratura italiana si trovano ormai numerosi casi di Kala-Azar in adulto (oltre i casi di PONTANO, SANFILIPPO, ASCOLI, ecc. vedi la ricca casistica riportata da FRANCO e da BOGLIOLO).

nella bambina 18, in cui i sintomi della leishmaniosi precedettero di circa un mese quelli della sorellina, furono più gravi e si protrassero per due mesi. Durante la degenza in Clinica non furono invece osservati nelle due bambine disturbi intestinali. È noto che nella leishmaniosi viscerale si verificano spesso diarree, talvolta a tipo dissenterico. *I disturbi intestinali* sono dati molto frequenti da Jemma, e frequentissimi appaiono nella statistica pugliese di Greco. Per quanto riguarda i casi da me riportati, solo in tre di essi figurano disturbi intestinali a carattere più o meno transitorio, mai a tipo dissenterico.

Delle altre manifestazioni secondarie descritte nella leishmaniosi ricordo solo in un caso (n. 16) la presenza di scarse emorragie sottocutanee in forma di ecchimosi.

Per quanto riguarda l'*accertamento diagnostico*, riferendomi alla tabella n. 1, risulta che la diagnosi — il cui sospetto venne senza eccezione mosso dal tripode sintomatico: epatosplenomegalia, febbre, anemia con leucopenia ed inversione della formula leucocitaria — fu posta nei malati dal n. 1 al n. 13 e inoltre nei n. 17, 18, 20 e 22 in base alla sola puntura della milza; nei malati 14, 15, 16, 19 in base alla sola puntura del midollo osseo (in secondo tempo, a scopo clinico o per cultura fu talvolta praticata anche la puntura della milza). Soltanto nel caso 20 la presenza del parassita si potè dimostrare solo con la puntura della milza, essendo stata negativa quella del midollo osseo.

Nel bambino è sempre consigliabile di far precedere la puntura del midollo osseo — esente da pericoli e di facile esecuzione — alla puntura della milza, anche se gli incidenti da questa causati debbano ritenersi eccezionali, quando la puntura sia eseguita con le dovute precauzioni e regole di tecnica.

Anche se il reperto parassitario è di solito più scarso nel midollo osseo, è a questo che nel bambino deve il medico pratico rivolgere la prima indagine nel sospetto di leishmaniosi. Una importanza anche maggiore viene ad acquistare la puntura del midollo in quei casi in cui per criteri epidemiologici o clinici venga il medico indotto al sospetto di leishmaniosi viscerale nel periodo iniziale della malattia, quando ancora il tumore di milza può essere piccolo e rendere perciò difficile e più pericolosa la puntura dell'organo. È da augurarsi che in avvenire possa la diagnosi di leishmaniosi venir posta anche precocemente, mentre sinora tutti i casi venuti all'osservazione in Roma, a giudicare dall'anamnesi e dal cospicuo tumore di milza, deponevano per una malattia iniziata da qualche mese e lasciata purtroppo senza terapia specifica.

Un'ultima considerazione è quella che riguarda *la terapia*. I primi quattro casi riportati nella tavola I non ebbero terapia specifica. I casi dal 1917 al 1932 furono curati con tartaro stibiato o con preparati antimoniali speciali per via endovenosa. Dei casi osservati nella nostra Clinica, quelli che vanno dal 1933 ad oggi sono stati esclusivamente trattati con iniezioni di preparati organici di antimonio per via intramuscolare. Di tutti questi preparati ci è sembrato preferibile, a giudicare dai risultati ottenuti e dalla buona tolleranza da parte del bambino, il p.-amminofenilstibiato di dietilammina (in commercio sotto il nome di Neostibosan) (7).

In quattro casi così curati non furono mai notati inconvenienti (se si eccettua una suppurazione circoscritta nel punto di una iniezione, verificatasi in un caso) e, pur non potendosi senza una ulteriore osservazione dei malati, parlare di guarigioni definitive, ci sembra di poter esprimere, concordemente ad altri AA., un parere favorevole per questo preparato, che potrà forse con vantaggio sostituire la cura endovenosa, che nel bambino offre talora non lievi difficoltà.

CONCLUSIONI.

a) Lo studio clinico-statistico sulla leishmaniosi a Roma ha portato all'accertamento di 25 casi, di cui 22 di l. viscerale, 3 di l. cutanea, in un periodo di tempo che va dal 1911 al 1934.

b) Dei 22 casi viscerali, sei sono sicuramente autoctoni in Roma, 5 probabilmente autoctoni. Gli altri provenienti da paesi laziali più o meno lontani da Roma o da provincie dell'Italia meridionale.

Dei tre casi di l. cutanee (uno cutaneo-mucosa), due debbono considerarsi come certamente autoctoni in Roma.

c) L'età dei malati di l. viscerale andava da 18 mesi a 21 anni: quindici casi sotto i 5 anni, quattro casi tra 5 e 10 anni, tre casi fra 10 e 21 anni. I malati di l. cutanea erano tutti adulti.

Dei ventidue infermi di l. viscerale, dodici erano maschi, dieci femmine; dei tre infermi di l. cutanea, due maschi e una femmina.

d) La zona di Roma maggiormente colpita non solo in questi ultimi anni, ma anche

---

(7) Il preparato, adottato con ottimi risultati dal NAPIER nella cura del Kala-Azar indiano, è stato consigliato per la leishmaniosi infantile specialmente dalla scuola catanese (vedi: *Ricerche e studi sula leishmaniosi, ecc.*, della Soc. Medico-Chirurgica di Catania).

nel passato, risulta quella del Quartiere Nomentano.

e) Dall'indagine ambientale dei cinque casi personali (osservati nella Cl. Pediatrica), non risultano dati sicuri circa la modalità dell'infezione. Le condizioni di ambiente in quattro di essi erano quelli più comuni a riscontrarsi nei casi di leishmaniosi: classi povere, abitazioni rustiche e anti igieniche, vicinanza con corsi d'acqua, abbondanza di insetti, come pulci, zanzare, pappataci; presenza frequente di cani randagi (ma non convivenza con cani)

f) Nessun dato probativo si può ricavare dall'anamnesi circa il periodo di incubazione della malattia, le cui prime manifestazioni risalivano per lo più a qualche mese addietro, solo in tre casi ad un periodo di tempo inferiore ai tre mesi. In questi ultimi casi l'andamento della malattia deponeva per la forma acuta, mentre in tutti gli altri si trattò di forme subacute o croniche. I sintomi clinici ed i reperti ematologici furono in tutti i casi quelli tipici della leishmaniosi viscerale.

g) La stagione in cui si verificò per lo più l'inizio della malattia fu quella invernale e primaverile.

h) In nessun caso fu osservata l'associazione della malattia con malaria o con tubercolosi.

i) La diagnosi fu posta nel maggior numero dei casi in base alla puntura splenica, in un minor numero di casi in base alla sola puntura del midollo osseo (positiva in quattro casi su cinque). In un caso fu positivo anche il reperto del sangue periferico.

l) Dalle osservazioni esposte risulta come la leishmaniosi esista indubbiamente e sin dal passato anche autoctona in Roma. Tale cognizione deve sempre indurre il medico a pensare alla diagnosi differenziale con la leishmaniosi, in tutti quei casi di epato-splenomegalia, con segni di anemia, con o senza febbre, per i quali si è in genere propensi a discutere o l'infezione malarica o alcune emopatie primitive.

Roma, 31 luglio 1934-XII.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce cinque casi di Leishmaniosi viscerale infantile osservati nell'ultimo biennio nella Clinica Pediatrica di Roma, di cui due certamente e gli altri tre probabilmente, autoctoni.

Lo studio di questi malati ha dato l'occasione di ricercare gli eventuali casi autoctoni osservati a Roma nel passato, e di potere in base ad esso presentare una prima statistica romana di 25 casi di leishmaniosi (22 della forma viscerale, 3 della forma cutanea), tra i quali sei risultano sicuramente autoctoni in Roma.

L'A. riferisce i principali dati clinici ed epidemiologici di questi casi e, dopo averne stabilito la rispettiva posizione topografica, si sofferma su alcune considerazioni di ordine clinico e terapeutico.

LETTERATURA.

(Sono riportate le indicazioni bibliografiche limitatamente agli AA. citati. Per l'ampia letteratura sulla Leishmaniosi, rimandiamo specialmente ai lavori di Abate, Bogliolo, Redaelli, Monacelli).

ABATE. *Leishmaniosi interna infantile.* Catania, Di Mattei, ed., 1916.

ANTONELLI e GALLI. *Nota preventiva su un caso di leishmaniosi osservata in Roma.* Acc. Lancisiana di Roma. Seduta dei 14-VI-1934.

ASCOLI. *Kala-Azar mediterraneo nell'adulto.* Riv. San. Siciliana, n. 1, 1930.

BOGLIOLO. *Le cosidette « riserve del virus » leishmaniosico.* Ann. di Med. Nav. e Coloniale, a. XL, vol. II, fasc. I-II, 1934.

ID. *Lo stato attuale delle conoscenze sulla tramissione della leishmaniosi.* Ann. di Med. Nav. e Coloniale, anno XL, 1934, vol. I. fasc. III e IV.

CARONIA. (*Un caso di leishmaniosi viscerale a Civitavecchia*) citato da JEMMA.

CONCETTI. *Il 1° caso di Kala-Azar infantile studiato a Roma.* Boll. della R. Accad. Medica di Roma. Seduta del 29 gennaio 1911.

ID. *Un nuovo caso di leishmaniosi.* Ibid. Seduta del 22 novembre 1912.

FANANO. *Su un caso di leishmaniosi interna infantile.* Policlinico, Sez. pratica, anno 1929.

FRANCO. *Le leishmaniosi in Sardegna.* Relaz. al I Congresso Inter. di Igiene Mediterranea, a Marsiglia, settembre 1932. Paris, Baillère, 1933.

FULCI e BASILE. *Un caso di Kala-Azar a Roma.* Rendic. della R. Accademia dei Lincei, vol XX, serie V, 2° sem. Seduta del 22-I-1911.

GRECO. *Prime osservazioni statistiche e considerazioni gen. sulla leishmaniosi viscerale studiata in Puglia.* Ann. di Medic. Navale e Coloniale, a. XL, vol. II, fasc. I-II, 1934.

JEMMA. *Trattato di pediatria.* Vallardi Ed., 1934.

MAZZITELLI. Cit. da CONCETTI.

MONACELLI. *Osservazioni e ricerche sul Bottone d'Oriente nell'Italia Centrale.* La Riforma Med. n. 5, 1934.

ID. *La leishmaniosi cutanea in Italia.* Pozzi ed., Roma, 1934.

PONTANO. *Leishmaniosi interna in soggetto di 52 anni, contratta in Abruzzo.* Policlinico, Sezione Pratica, n. 49, 1929.

ID. *Le malattie da infezione.* Idelson, ed. Napoli, 1932.

REDAELLI, BASERGA, SORGE ed altri. *Ricerche e studi sulla leishmaniosi viscerale del Mediterraneo.* Catania, Muglia ed., 1933.

SARNELLI. Bull. ed Atti della R. Acc. Medica di Roma, 59, 289, 1933.

SYMPA. *Casi di Kala-Azar nella campagna Romana.* La Pediatria, I, X, 1922.

VERNONI e FERRERI. Bull. e Atti della R. Accademia Med. di Roma, 1933 (in stampa).

WENYON. *Protozoology.* London, 1926.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. C. FRUGONI.

Pneumoperitoneo spontaneo da probabile perforazione di ulcera dissenterica.

Dott. SERAFINO MANCA.

C. G., anni 22, da Frascati, giuocatore di pallone, celibe; entra in clinica il giorno 5 dicembre 1933.

Gentilizio: genitori viventi e sani. La madre ha avuto tre gravidanze condotte a termine e una finita in aborto. *Anamnesi fisiologica*: nato da parto eutocico ha avuto allattamento materno. Normali furono i primi atti fisiologici di dentizione e deambulazione. Ha frequentato le scuole sino alla 4ª classe elementare. È stato dichiarato idoneo al servizio militare, che però non potè prestare, trovandosi alla chiamata infermo. Ha sempre, sin da ragazzo, giuocato al pallone, per cui si è frequentemente esposto a forti strapazzi corporei. Si è sempre nutrito con cibi abbondanti e sostanziosi. Modico bevitore. Non fumatore. *Anamnesi patologica*: Non sa dire se abbia o no sofferto i comuni esantemi infantili. Asserisce di aver sempre goduto buona salute e di non aver sofferto malattie degne di nota sino all'agosto del 1932. In tale epoca ebbe tifo protratto a ricaduta con conferma sierologica. Da allora è stato sempre bene sino all'attuale malattia. Questa ha avuto inizio circa 2 settimane prima del suo ingresso in clinica. Preceduta da malessere generale, cefalea, stordimento e senso di vertigine, l'infermo cominciò ad avere temperatura febbrile e dolori muscolari diffusi, che si protrassero per 4-5 giorni. Qualche giorno dopo insorse senso di calore e bruciore alla vescica e all'uretra, prima e durante la minzione. Tre giorni prima del suo ricovero in ospedale si lamentò di dolori abbastanza vivi, a tipo trafittivo, alla regione periombelicale e, in particolare, alla fossa iliaca destra. L'alvo divenne piuttosto diarroico (3-4 scariche al giorno) con feci di consistenza poltacea, commiste a muco e talvolta anche a traccie di sangue. Nega lues ed altre malattie veneree.

E. O.: Individuo normotipo, in buone condizioni generali di nutrizione e sanguificazione. Sensorio e psiche integri. Masse muscolari toniche e armonicamente sviluppate. Non edemi agli arti inferiori nè in altre parti del corpo. Qualche linfoghiandola piccola, dura, indolente, mobile, non deformata, alle regioni latero-cervicali. Polso molle, ritmico, frequente (96). Respiro ritmico, piuttosto superficiale, frequente (26). *Capo*: Normale nella sua base di impianto e mobile in tutte le direzioni. Non dolenti i punti di uscita dei nervi cranici. Globi oculari normalmente sporgenti; oculomozione normale. Pupille uguali, a contorni regolari, bene reagenti alla luce e alla accomodazione. Dentatura guasta per mancanza di diversi denti e per carie di alcuni altri. Lingua patinosa, umida, lievemente arrossata ai margini e alla punta. Collo cilindrico, normale nella sua base d'impianto. Tiroide normale. *Torace*: alla ispezione statica il torace appare simmetrico, con spazi intercostali poco visibili; non deviazioni abnormi della colonna vertebrale. Fosse sopra e sotto spinose poco accentuate. All'ispezione dinamica le due metà del torace si espandono poco, ma in modo eguale d'ambo i lati. Fremito voc. tatt. ovunque conservato e bene trasmesso. Il suono di percussione è chiaro polmonare; gli apici si trovano ad eguale altezza al livello della prominente; le basi a 4 dita al disotto dell'angolo della scapola, poco mobili. All'ascoltazione respiro un po' aspro su quasi tutto l'ambito polmonare, con qualche ronco e sibilo alle basi; alla base di sinistra è pure udibile qualche sfregamento. *Apparato circolatorio*: non bozza precordiale; non ectasie venose abnormi. La punta non è visibile; con la palpazione e con la percussione essa si delimita al 5° spazio intercostale all'interno dell'emiclaveare. Il margine sinistro è a un centimetro dentro l'emiclaveare; normale l'ipofonesi sulla 3ª cartilagine costale; il margine destro sta nei limiti. Toni cardiaci piuttosto deboli, ma non accompagnati da rumori patologici. *Addome*: di volume pressochè normale; cicatrice ombelicale spianata; non reticolo venoso. La palpazione dei vari quadranti fa rilevare una parete tesa, con dolenzia addominale diffusa. Ma specialmente dolente riesce la regione del quadrante inferiore di destra ove si apprezza una massa piuttosto allungata, diretta dall'alto in basso, a superficie abbastanza liscia, della grossezza di una piccola arancia, fissa sui tessuti profondi, non aderente con la cute soprastante. Non si rileva presenza di liquido nella cavità addominale. *Fegato*: in alto al 5° spazio intercostale, in basso si palpa all'arcata, di consistenza normale, indolente. *Milza*: pressochè nei limiti. *Arti*: mobilità attiva e passiva, sensibilità e riflessi praticalmente normali.

RICERCHE COLLATERALI.

Es. del sangue: Gl. r. 4.800.000; Gl. b. 9.800; Hb. 90; V. Gl. 0,9.

Formula leucocitaria: Neutr. 72; Eos. 2; Linf. 18; Mon. 8; Bas. 0.

Esame delle urine: Aspetto limpido; reaz. acida; peso specifico 1020; albumina tracce minime; gluc. ass.; acetone ass.; pigm. bil. ass.; uribil. tracce; sangue ass.; indacano + +; urea 8,85 ‰; cloruri 5,80 ‰. Sedimento: cellule delle basse vie, rari leucociti ben conservati, qualche cilindro ialino, non emazie.

Pressione arteriosa al Riva Rocci: (Mx. 112, Mn. 60).

Reazioni di Wassermann, Meinicke e Kahn: negative.

Ricerca del parassita malarico: negativa.

Es. del sangue nelle feci: + + +.

Sierodiagnosi: positiva per il tifo: 1:200.

* * *

Sia per le notizie anamnestiche che per le ricerche praticate al momento dell'ingresso in clinica del p. è facile vedere come un giudizio diagnostico esatto fosse quasi impossibile porre, nessun dato rivestendo particolari caratteri. Esisteva è vero una sierodiagnosi positiva per il tifo a 1:200, ma e per avere già

il p. sofferto tale infezione l'anno precedente, per la modica leucocitosi neutrofila e per l'assenza di splenomegalia, la positività della sierodiagnosi era verosimilmente da considerarsi come una agglutinazione postuma, benchè a titolo in realtà molto alto dato il lungo periodo di tempo. Così pure era da escludersi qualsiasi altra infezione: melitense, malaria, ecc.

Nel frattempo però un nuovo dato veniva ad aggiungersi alla sintomatologia presentata dall'infermo. Infatti 3-4 giorni dopo il suo ingresso, mentre le condizioni generali si mantenevano buone e senza che avesse avuto a notare alcun dolore speciale, cominciò a manifestarsi un aumento progressivo del volume dell'addome, per cui il p. ne ritraeva molestia, specie nella posizione seduta. Nel termine di 24 ore l'addome andò ancora più tumefacendosi sino a divenire notevolmente voluminoso. La percussione addominale intanto metteva in rilievo un suono nettamente ipersonoro. Ricercando allora i limiti dell'ottusità epatica fu notato che essa era notevolmente diminuita.

Non potendo trattarsi quasi sicuramente di semplice meteorismo si dovette logicamente pensare che aria libera fosse contenuta nella cavità peritoneale, nonostante fossero mancati tutti i segni che abitualmente accompagnano il determinarsi di un pneumoperitoneo. Casualmente fu pensato di vedere allora se, in modo analogo a quanto si ha in casi di pneumotorace, il fenomeno del soldo fosse presente anche in casi di pneumoperitoneo e, con nostra sorpresa, esso fu trovato positivo. Anzi tale segno sembra costituire un rilievo semeiologico utile in casi di pneumoperitoneo, come risulterebbe da ricerche in corso del prof. Pozzi della nostra Clinica.

Orientati così verso la diagnosi di pneumoperitoneo spontaneo, naturalmente si domandò la conferma all'indagine radiologica ed infatti questa dimostrò « in posizione eretta all'ipocondrio destro la presenza di una bolla di aria, a forma di semiluna fra l'immagine del diaframma e il fegato che viene scollato da quella. A p. in posizione supina si osserva la scomparsa dello spazio semilunare chiaro che si sposta verso la parete anteriore. In posizione orizzontale con proiezione dorso-ventrale (p. sdraiato sul fianco sinistro) lo spazio chiaro sopra descritto si sposta verso l'esterno fra la parete di destra e l'ombra epatica ».

Stabilita così in modo indiscusso la diagnosi di pneumoperitoneo rimaneva tuttavia da precisarne la natura.

Non vi è dubbio che una delle più comuni cause a cui senz'altro si pensa quando ci si trova di fronte a un pneuperitoneo spontaneo è quella riferibile a una sua eventuale origine dallo stomaco o dal duodeno, consecutiva alla perforazione di una relativa ulcera. Sappiamo come diversi siano i casi descritti di semplice pneumoperitoneo, istituitosi in seguito alla perforazione silenziosa di un'ulcera gastrica o duodenale (Schepin, Zaniboni, ecc.).

Ma nel nostro caso nessun dato anamnestico nè sintomatologico parlava per l'esistenza di una eventuale ulcera gastrica. Nel p. infatti mancava assolutamente qualsiasi senso di oppressione e di gonfiore alla regione epigastrica, nè aveva avuto mai alcun dolore e la digestione era stata sempre perfettamente normale. Così pure non esisteva alcun segno di ipercloridria, che spessissimo accompagna l'ulcera gastrica. Vero è che in non rari casi il dolore può mancare completamente e che il primo segno dell'ulcera è dato dalla comparsa improvvisa di una ematemesi o di una perforazione. Ma alla perforazione, oltre al dolore violentissimo, a colpo di pugnale, segue di regola una pneumoperitonite, con passaggio nella cavità peritoneale di liquido e gas, mentre nel nostro caso non era stata rilevata alcuna presenza di liquido.

Per ragioni più o meno analoghe si poteva anche escludere una perforazione di un'ulcera duodenale. Nessun dato, nè remoto e nè recente, parlava infatti nel nostro p. in favore dell'esistenza di un eventuale ulcus duodeni. Non dolori tardivi, i cosiddetti dolori da fame, che come sappiamo, sono tanto frequenti e che scompaiono, o per lo meno si attenuano, con l'ingestione dei cibi. Dolori che nelle forme più comuni vengono localizzati a metà della linea xifo-ombelicale, un dito trasverso a destra e che hanno come fatto tipico la periodicità: insorgono cioè a periodi di durata varia, mentre nei periodi intervallari i paz. si sentono bene e possono mangiare quasi tutti i cibi. Le emorragie occulte, frequenti tanto nell'ulcera gastrica che duodenale, non potevano nel nostro caso assurgere a elemento diagnostico di una certa importanza, perchè il riscontro positivo di sangue nelle feci, indipendente da qualsiasi lesione ulcerosa gastrica o duodenale era riportabile all'affezione intestinale da cui, come vedremo, il paz. era affetto.

I dolori che accusò l'infermo tre giorni prima del suo ingresso in clinica, e di cui mai prima di allora ebbe a lamentarsi, erano a sede periombelicale e specie del quadrante inferiore destro, dove si palpava la massa di cui abbiamo riferito nell'esame obiettivo e a cui

quindi doveva essere rivolta, in modo particolare, la nostra attenzione.

Diciamo pure che la fisionomia clinica che si era andata delineando nel malato indizzava senz'altro il pensiero verso un'affezione della fossa iliaca destra e più precisamente dell'appendice. E in un primo tempo rimanemmo in dubbio se effettivamente non si potesse trattare di un'affezione del processo vermiforme e non si dovesse quindi affidare il paz. al chirurgo, stando d'accordo per essa l'inizio dei disturbi, la sede, la temperatura e la tumefazione, che, come sappiamo, quale espressione di una reazione appendicolare, accompagna spesso l'appendicite. Ma contro questa ipotesi rimaneva il fatto che il quadro nosologico non aveva rivestito l'aspetto del tipico attacco appendicolare, seguito da fatti perforativi. Non ebbe infatti il paz. vomito, non singhiozzo, non la facies peritonitica. Non esisteva una tensione addominale spiccata e limitata al quadrante inferiore destro quale noi riscontriamo in genere nelle forme appendicolari, ma una tensione modica e diffusa quasi uniformemente a tutto l'addome. Solo il dolore era più manifesto nella fossa iliaca destra, senza però la presenza di punti dolorosi particolari. L'alvo poi, contrariamente a quanto si ha nell'appendicite, non solo era completamente libero, sia ai gas che alle feci, ma era anzi diarroico. È da considerare inoltre che con un'affezione appendicolare mal s'accordava l'esistenza di un puro e isolato pneumoperitoneo, trattandosi, generalmente, nelle perforazioni appendicolari di pneumoperitonite.

Un'altra forma, che poteva essere presa in considerazione, sebbene piuttosto rara, era la peritonite tubercolare circoscritta alla fossa iliaca destra e proveniente, in genere, da una affezione specifica dell'intestino. Anche in questa, similmente a quanto si ha nella comune appendicite e periappendicite, il processo può esordire acutamente, con dolori vivi al quadrante inferiore destro dell'addome, elevazione di temperatura, vomito e formazione rapida di una resistenza locale, per lo più dolente. Ma, nessun dato anamnestico nè nessun segno semeiologico eravi nel nostro caso che parlasse per una lesione specifica in atto o pregressa.

Un'importanza particolare assumeva l'infezione tifoidea, che, in forma protratta, il paz. aveva sofferto. Il tifo addominale, specie nelle forme gravi, può produrre ulcerazioni nel cieco e causare una peritiflite acuta con o senza formazione di un tumore flogistico. Tumore acuto peritiflitico, cui tale malattia può dare origine anche in altro modo: quando cioè le glandole linfatiche paracecali si rigonfiano in grado molto intenso. Però è da notare che il paz. si era completamente rimesso dall'infezione tifoidea da circa un anno e che la sintomatologia clinica attuale ben poco parlava in favore di una simile ipotesi diagnostica, come già abbiamo in precedenza fatto rilevare.

Non potevamo nemmeno pensare ad un pneumoperitoneo a punto di partenza dalla regione subfrenica per ascesso relativo e in rapporto con l'azione gassogena di germi anaerobi, in quanto nessun dato nè anamnestico nè clinico parlava in favore di un processo morboso di tale sede e natura.

Credemmo così di arrivare all'esclusione delle forme morbose più comuni che nel nostro studio potevano entrare in causa per l'interpretazione della natura e patogenesi del quadro nosologico presentato dal paziente.

Nel frattempo però un fatto nuovo, che non poteva passare inosservato, ci veniva fornito, durante lo studio del caso, dall'esame delle feci, che ritenemmo opportuno di praticare, essendo l'alvo del paziente nettamente diarroico, con scibale commiste a muco e, talvolta, a tracce di sangue. Esso, eseguito più volte, sia nell'Istituto di Parassitologia (Prof. Alessandrini) che nel nostro Istituto, dimostrò la costante presenza di numerose e tipiche forme vegetative e cistiche di ameba histolitica. E se è vero che, per il passato, il paziente non aveva sofferto disturbi intestinali tali che potessero mettersi in rapporto con un eventuale amebiasi, sappiamo pure come ciò abbia una importanza abbastanza relativa. È noto infatti come tale affezione possa decorrere con una sintomatologia quanto mai varia, a volte completamente muta, sì da poter costituire una sorpresa il reperto dell'ameba nelle feci; mentre altre volte sono le complicazioni, specie quelle a carico del fegato, che richiamano per prima l'attenzione sia del medico che del paziente, il quale asserisce, non eccezionalmente, di aver avuto un alvo sempre regolare, svelando invece l'esame coprologico, nell'entoamoeba histolitica, l'agente causale del processo morboso.

Poteva, nel nostro studio, l'amebiasi essere a base dell'insieme del quadro nosologico presentato dal paziente?

Questa è la ragione principale che, ci ha indotti a riferire il presente caso, il quale, se dovessimo concludere in senso favorevole ci dimostrerebbe la grande rarità e la particolare importanza dell'affezione morbosa, sinora, a quanto ci risulta, non ancora descritta in una forma clinica così singolare.

È noto che l'ameba histolitica svolge la sua azione patogena nell'intestino crasso, oltrepassando solo eccezionalmente la valvola del Bauyhino e localizzandosi, con predilezione, nel cieco, nel sigma e negli angoli epatico e splenico del grosso intestino. La lesione, cui essa dà luogo, non è suppurativa, ma essenzialmente necrotica, con la formazione di un'ulcera che ha delle caratteristiche morfologiche particolari e che, in genere, non oltrepassa la sottomucosa. Ciò, però, non esclude che talora il processo morboso possa interessare tutta la parete intestinale sino alla sierosa, con consecutiva perforazione e con le conseguenze relative che, come sappiamo, da tale perforazione ne possono derivare.

Un caso analogo di perforazione del sigma da ulcera amebica con sindrome peritoneale acuta ed esito letale è stato ultimamente riferito da Scotti e De Renzi.

Può quindi sorprendere sino a un certo punto che in un amebiasico possa determinarsi improvvisamente una peritonite acuta, una pneumoperitonite o anche semplicemente un pneumoperitoneo, qualora la lesione determinatasi nella parete intestinale sia molto piccola e indovata in seno a un tessuto cicatriziale, di cui le aderenze blocchino in parte le perforazioni, limitandole a un breve pertugio, attraverso il quale possa aversi il passaggio di gas e non di liquido. Evenienza, questa ultima, non certo frequente, ma che non riputiamo nemmeno eccezionalissima, data la proteiforme modalità di lesione della parete intestinale, cui l'agente specifico in questione può dar luogo.

E se anche nel nostro caso, come riteniamo molto probabile, la patogenesi del pneumoperitoneo è da riportare a un'ulcerazione amebica, con punto di partenza dalla regione cecale, dobbiamo ammettere che la massa tumorale sia della stessa natura e che in seno ad essa si sia prodotta una piccola e circoscritta perforazione, attraverso la quale si sia avuto il passaggio di gas. È possibile che la ameba possa dar luogo a dei processi anatomo-patologici così cospicui? Certamente. Sebbene non costituisca un fatto frequente, è ormai dimostrato da diverse e indubbie osservazioni che l'amebiasi non solo può produrre lesioni intestinali distruttive (ulcerazioni, ascessi, perforazioni) ma anche processi tumorali proliferativi, costituiti, per lo più, da un tessuto di granulazione, che, maturando, può finire per sostituire completamente il muscolo e la sottomucosa. È questa la forma neoplastica dell'amebiasi, che bisogna tener presente, in quanto può simulare le più diverse forme tumorali di altra natura e dar quindi luogo a delle sorprese, che possono essere causa di incresciose conseguenze. Riferiamo brevemente in merito, fra i tanti, il caso descritto da Ricaldoni e Berta, riferentesi a un infermo, che fu operato di un tumore del cieco, presentante tutto l'aspetto clinico del tubercoloma. Estirpato il tumore, fu inviato all'Istituto di Anatomia Patologica, dove, dopo un minuzioso studio anatomo-istologico, l'anatomopatologo venne alla conclusione che non trattavasi di un tubercoloma, ma di un tumore puramente amebiasico. Dietro a tale responso, l'esame accurato delle feci del paz., che fino allora non aveva sofferto disturbi intestinali di particolare interesse, diede luogo al rinvenimento di alcune forme tipiche di ameba histolitica.

L'importanza di un'esatta diagnosi s'impone in questi casi, perchè il trattamento specifico emetinico, tolte le forme inveterate, dà luogo, com'è stato più volte constatato, a dei risultati brillanti, facendo regredire, sino alla scomparsa, i processi flogistici neoformati. E fu appunto tale criterio terapeutico, che nel nostro caso apportò un suggello al concetto diagnostico da noi formulato, facendo scomparire la massa tumorale e gli altri fenomeni morbosi, per cui il paz. potè essere dimesso clinicamente guarito.

Probabilmente nel nostro caso l'infezione amebica, datante da lungo tempo, è stata ravvivata dall'infezione tifoidea. Per quanto riguarda i descritti fenomeni orinari, pensiamo, stante le negatività dell'esame delle urine, che essi siano da riportare a fatti di pericistite reattiva.

Abbiamo voluto illustrare il presente caso, oltre che per la sua rarità, per gli insegnamenti, che specie dal lato pratico, esso ci apporta. Ci dimostra anzitutto, in linea di massima, le frequenti e non lievi difficoltà, cui il medico non raramente si trova di fronte nella discriminazione diagnostica di diverse forme morbose. Cose s'imponga un'esatta e completa disamina della fenomenologia clinica, corredata spesso dagli esami accurati di laboratorio, per avere quella luce che illumina e indirizza sulla strada da seguire, sì da arrivare all'emissione d'un esatto giudizio diagnostico. Il caso specifico ci dice poi come l'amebiasi la cui diffusione, è bene ricordarlo, è molto più estesa, anche nei nostri climi, di quello che non si creda, possa essere causa non solo delle sindromi intestinali e delle altre più comuni e a tutti note, ma anche di certe forme peritoneali, simulanti i più svariati processi morbosi di altra natura. E, ripetiamo, l'esatta diagnosi di queste forme acquista un'importanza notevolissima dal lato terapeutico, che spesso

è esclusivamente medico, evitando interventi cruenti, che non sappiamo che esito possano avere.

RIASSUNTO.

L'A. riporta lo studio di un caso di pneumoperitoneo spontaneo da probabile perforazione di ulcera dissenterica, mettendo in rilievo la rarità del caso e l'importanza che talvolta assume l'amebiasi nella patogenesi di talune sindromi peritoneali.

BIBLIOGRAFIA.

DE VECCHI. Lo sperimentale, 1924.
FINOCHIETTO e VACCAREZZA. La Prensa Medica Argentina, 1920.
GAMINARA. Annales de la facultad de Medic. de Montevideo, t. 3°, 1928.
GAMINARA e DE BONI. Acta de la Soc. Argent. de Patolog. del Nord, 1929.
GUNN e HOWARD. *Amebic granul. of the large bowel.* Journal american Medic. Ass., 1931.
IZAR. *L'amebiasi.* Congresso Ital. Medicina Interna, ottobre 1932.
IRIBARNE e CONTRESAS ORTIZ. Acta de la Soc. Argent. de Patol. del Norte.
MOHR-STAEHLIN. Trattato di Medic. Interna.
PONTANO. *Le malattie da infezione.* Casa Idelson, Napoli, 1932.
RICALDONI e BERTA. Cit. da GAMINARA.
SCHEPIN. Soc. Med. Chir. Bellunese, 1932.
SCOTTI e DE RERZI. Atti e Mem. della Soc. Lombarda di Medicina, gennaio 1934.
ZANIBONI. Soc. Med. Chirurgica di Padova, 1932.

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA.
OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA.
ISTITUTO DI RADIOLOGIA, dir. dal pr. S. ATTILJ.

Contributo allo studio del pneumoperitoneo spontaneo. Osservazione di due casi

per il dott. CESARE AZZARELLO, assistente.

Nel presentare queste mie osservazioni su due casi non certo comuni, ho cercato di mettere in evidenza due considerazioni essenziali: l'importanza di una ricerca radiologica nei perforati, o ritenuti tali, e la mancanza di pericoli in tali ricerche, quando esse siano eseguite con oculatezza, considerazioni che pur essendo state più volte fatte, e ormai accettate, almeno in teoria, stentano ancora a penetrare nella pratica corrente, in cui l'esame radiologico è tutt'ora spesso considerato superfluo o anche pericoloso.

Quanto possa essere importante una diagnosi tempestiva di pneumoperitoneo è ben compreso da tutti: essa ci dice che la cavità peritoneale è, o è stata, in comunicazione con un organo cavo per mezzo di un tramite che, se anche in un primo tempo potè lasciare passare solo del gas, può presumibilmente in un periodo successivo più o meno immediato lasciar passare del materiale settico, con le conseguenze che ben conosciamo; e infatti la maggior parte degli AA. consigliano l'intervento immediato quando, in seguito ad una sindrome anche blanda, si viene a scoprire l'esistenza di un pneumoperitoneo.

D'altro canto la diagnosi clinica di pneumoperitoneo non sempre si presenta facile, e (a parte i casi di pneumoperitoneo provocato accidentalmente nel praticare un pneumotorace, un pneumo-rene, pneumo-retzius, pneumo-vaginale, ecc. in cui l'operatore saprà bene diagnosticarlo in tempo e provvedere in proposito) specialmente in casi di traumi addominali (ferite all'addome, o traumi violenti senza lesioni della parete) come anche nei casi di sindrome-peritoneale per probabili perforazioni del tubo gastro-enterico (da ulcerazioni per ingestione di sostanze chimiche, neoplasmi, ulcere peptiche, luetiche, o comunque di origine infiammatoria) sarà facile sospettare una avvenuta perforazione nella cavità peritoneale, ma non altrettanto facile concludere con certezza per tale evenienza, nè è opportuno attendere a lungo per raggiungere la certezza voluta.

Anche lo studio clinico più completo dell'ammalato non è sempre sufficiente a dirimere ogni dubbio chè spesso anche i caratteri più propri, oltre che mancare, possono deviarci dalla giusta diagnosi.

L'anamnesi, di indubbia importanza, non è sempre chiara, nè, d'altro canto, è sempre facile raccoglierla; il dolore acuto, lancinante non sempre è sintomo di perforazione, e tanto meno di una perforazione nel cavo peritoneale; la difesa muscolare, il vomito, la febbre, lo stato generale, possono essere presenti in qualunque caso di irritazione peritoneale; la scomparsa della ottusità epatica, forse il sintomo più probativo, sappiamo bene che può anche essere causato dalla presenza del colon ripieno di gas tra il fegato e il diaframma, e non sempre ne è facile una diagnosi clinica differenziale.

Che siano tutt'altro che rari i casi di perforazione di ulcere gastriche o duodenali in cui non sia possibile arrivare a una diagnosi clinica, oltre al nostro Alberti, lo ripetono Schottmuller, Citronblatt, Wagner, ed anche Benda, Brinton e Citronblatt stesso, secondo quanto hanno potuto riscontrare nelle autopsie. Ritengo perciò utile rafforzare questi concetti con l'esposizione dei seguenti due casi:

CASO I. — C. E., di anni 84, celibe, muratore. Genitori morti per malattie che non sa precisare.

Nega lues ed altre malattie veneree.

Circa 30 anni fa contrasse malaria; qualche anno dopo polmonite. Nel 1929 fu operato pare di occlusione intestinale. Successivamente ha notato il formarsi in corrispondenza del mesogastrio di una tumefazione che è venuta aumentando negli ultimi giorni.

Da molto tempo ha stipsi ostinata e oliguria.

Da circa 10 giorni ha tosse ostinata con scarso espettorato e perciò chiede il ricovero in ospedale.

E. O. Condizioni generali discrete. Stato di ottundimento psichico. Polso e respiro regolari. Torace depresso e allungato; basi appena mobili a 5 dita dagli angoli scapolari; murmuri ovunque, con rari rumori bronchiali.

L'addome tumido in toto, a pareti tese, presenta una lunga cicatrice mediana sotto ombelicale.

Al centro dell'addome si nota una tumefazione grossa quanto una testa fetale in corrispondenza della quale la cute è lucente e tesa. È elastica e, depressa, lascia riscontrare una vasta porta erniaria circolare.

L'addome è ovunque timpanico, dolente e poco trattabile specialmente sulla tumefazione su descritta.

Non è possibile apprezzare i margini inferiori del fegato e della milza.

Ricoverato in corsia l'ammalato persiste in discrete condizioni generali, la temperatura oscilla fino ad un massimo di 38 gradi.

Dopo qualche giorno ci viene inviato per un esame radiologico del torace.

Un esame radioscopico mostra presenza a carico del campo polmonare destro di numerosi tralci opachi dovuti a tessuto sclerotico; cuore senile leggermente aumentato in toto, e lieve ectasia con iperopacità dell'aorta.

A destra si nota la cupola diaframmatica notevolmente sollevata, la sinistra invece appare all'altezza normale; al disopra delle cupole diaframmatiche esistono segni di ispessimenti pleurici e aderenze.

L'esame dell'addome mostra forte quantità di gas situato sopratutto nel quadrante superiore destro.

Il fegato appare completamente circondato dal gas, al disopra del quale spicca nettamente per la sua opacità il diaframma che segue una curva abbastanza regolare e presenta margini quasi netti inferiormente, mentre superiormente in corrispondenza della trasparenza polmonare presenta un aspetto frastagliato per le aderenze ed ispessimenti pleurici già descritti.

Altre raccolte gassose meno cospicue si notano nel quadrante superiore sinistro e nel quadrante inferiore destro.

Stabilita l'esistenza di un pneumoperitoneo spontaneo si insiste sulle ricerche anamnestiche, e si riesce a sapere che una settimana circa prima del suo ricovero in ospedale il paziente ebbe forte dolore improvviso al ventre e vomito che durò per 3 o 4 giorni; non si sa se ebbe febbre. Alvo chiuso per 20 giorni sino al giorno precedente al suo ricovero in cui ebbe defecazione spontanea.

Si tenta allora di ricercare quale possa essere stata la causa e la sede di tutti i disturbi, e si procede pertanto all'esame del tubo digerente previa somministrazione di pasto opaco.

Lo stomaco appare sinistroposto, a forma di U, con il piloro quasi all'altezza del cardias, e malgrado la presenza di iperperistalsi, ha vuotamento ritardato, e dopo 8 ore vi permane circa 1/4 del pasto opaco.

Non si notano difetti di riempimento nè dati radiologici di ulcerazione.

Il bulbo ed il resto del duodeno appaiono normali.

Il tenue si presenta in qualche punto discinetico, a volte dilatato da gas specialmente in corrispondenza della tumefazione già descritta. Il colon pure è dilatato da gas e con riempimento incompleto a piccole macchie.

In seguito a tali osservazioni si crede di poter formulare la diagnosi di perforazione intestinale, probabilmente in seguito a fatti occlusivi, in corrispondenza del tenue.



RAD. I.

Durante la degenza il meteorismo aumenta, dopo qualche giorno però gradatamente migliorano le condizioni generali, e dopo circa 20 giorni dal ricovero l'addome è trattabile, indolente, pur restando costante il timpanismo sull'aia epatica; continuando ancora saltuariamente le osservazioni radioscopiche si nota la graduale diminuzione della raccolta gassosa peritoneale sino alla sua totale scomparsa.

Intanto il paziente continua a migliorare, è apirettico, persiste però la stipsi e saltuariamente ha modici dolori addominali diffusi, perciò rimane in ospedale ancora 5 mesi, dopo di che è dimesso molto migliorato.

Un anno dopo aver lasciato l'ospedale, il paziente è nuovamente ricoverato con sintomi occlusivi. Ad un primo esame radiografico non si nota presenza di gas libero, ma l'intestino è fortemente dilatato da gas. Si tenta un clisma opaco, che non oltrepassa il sigma, nè si ritiene opportuno insistere in tali pratiche date le condizioni piuttosto gravi del paziente.

Dopo qualche giorno in seguito ad una polmonite sopravvenuta, si ha il decesso del paziente.

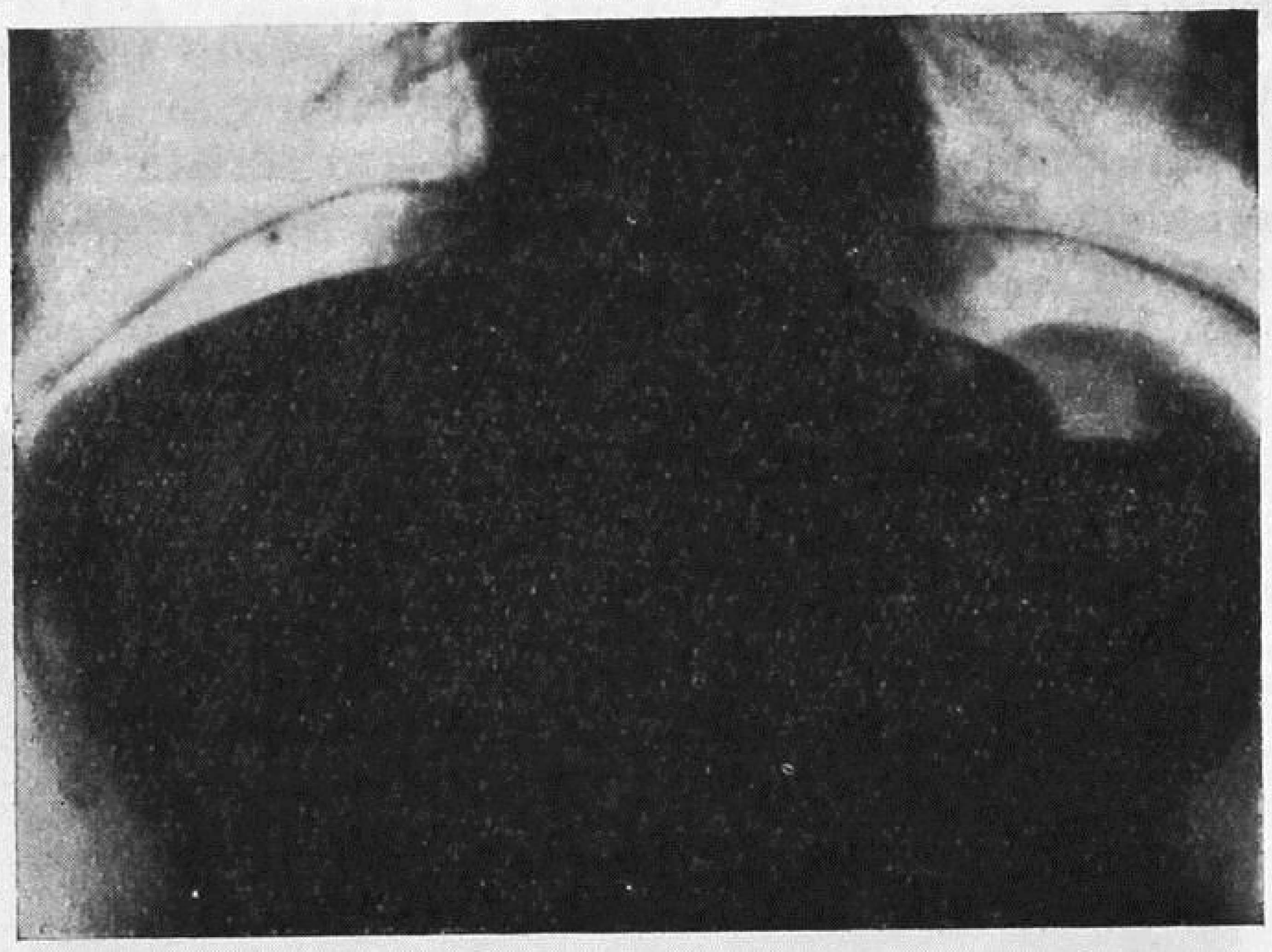
All'autopsia si nota: oltre ai fatti polmonari che ne causarono la morte, vaste aderenze pleuriche specie alle basi; calcolosi epatica; torsione del sigma con fatti di necrosi; reazione peritoneale nel piccolo bacino. Nessuna alterazione che potesse spiegare i fenomeni dell'anno precedente.

CASO II. — R. A., di anni 58, celibe, meccanico. Madre morta a 85 anni per malattia sconosciuta. Padre, probabilmente luetico, morto a 65 anni in scompenso cardiaco.

Il paziente non ha sofferto di malattie nella giovinezza; nega lues ed altre malattie veneree.

Sette anni fa ebbe malaria recidivata per 3 anni.

Da circa 15 anni soffre frequentemente di malessere, spossatezza, salivazione abbondante, eruttazione, tutti disturbi insorgenti poco dopo i pasti e di breve durata.



RAD. II.

Un anno fa ebbe un periodo febbrile durato circa 10 giorni, accompagnato da malessere ed anemia.

Da circa 3 mesi ha lievi dolori addominali e senso di peso senza alcuna caratteristica riguardo alla sede, alla intensità ed al periodo di insorgenza. Non ematemesi, non melena. Talora vomito alimentare o a digiuno. Inappetenza. Si è notevolmente anemizzato. Il giorno 29 agosto ha febbre elevata (39° circa) e modici dolori addominali per cui il giorno appresso si presenta all'ospedale per essere ricoverato.



RAD. III.

All'atto del ricovero si nota:

E. O. Condizioni generali un po' scadenti. Sensorio integro. Decubito indifferente Cute e mucose visibili notevolmente anemiche. Muscolatura ipotonica. Lingua umida. Polso normale. Respiro tranquillo. Temperatura afebbrile.

Nulla di notevole al torace.

Addome lievemente globoso, meteorico, indolente, poco trattabile. Non si palpano i margini inferiori del fegato e della milza. Tenuto in corsia per 6 giorni, non presentando altri disturbi ci viene inviato per un esame radiografico dell'apparato digerente. Eseguita una indagine radioscopica diretta d'insieme, che risulta negativa per il torace, all'addome mostra la presenza di notevole raccolta gassosa, mobile, completamente spostabile, con liquido che però non appare abbondante. Sono nettamente visibili i margini superiori del fegato e della milza, dissociati per la raccolta gassosa delle cupole diaframmatiche che appaiono regolari come forma e mobilità.

Eseguiti dei radiogrammi variando il decubito e la proiezione si conferma che la raccolta gassosa è completamente spostabile in tutta la cavità addominale.

Date le buoni condizioni del paziente si somministra il pasto di Bario che ci mostra: nulla di notevole nell'esofago. Lo stomaco è normale per forma, dimensioni, sede e movimenti peristaltici. Piloro pervio. Il bulbo duodenale presenta deformazione spastica con grossa immagine di nicchia da ulcera. Non si riesce a vedere alcun tramite fistoloso.

Si osserva inoltre un lieve grado di ectasia dell'angolo inferiore del duodeno con ristagno intermittente di liquido opaco.

Non si osservano alterazioni a carico del tenue e del colon.

Il vuotamento dello stomaco è completo dopo circa 8 ore, ma anche dopo 24 ore a stomaco e tenue completamente vuoti di pasto opaco, persiste ancora una ombretta duodenale attribuibile alla nicchia ancora iniettata.

Formulata intanto la diagnosi di pneumoperitoneo libero da perforazione di ulcera duodenale, il paziente viene messo ad assoluto riposo e alla dieta opportuna.

Dopo una settimana, persistendo l'infermo in buone condizioni, si ripete l'osservazione diretta e si constata notevole diminuzione della raccolta gassosa, che non è più visibile dopo un'altra settimana.

Il paziente dopo altri pochi giorni di degenza lascia l'ospedale in completo benessere e solo dopo più di un mese ricomincia a soffrire dei soliti lievi disturbi digestivi che accusa da vari anni.

Questi due casi di pneumoperitoneo spontaneo che ho esposti, differenti come etiologia, anamnesi e sintomatologia, hanno un fattore in comune, e cioè la mancata diagnosi clinica e la immediata diagnosi in seguito all'osservazione radiologica, che nel 2° caso potè anche spiegarne con esattezza l'etiologia mettendo in evidenza la nicchia Lo stesso non fu possibile nel primo caso, dove lo studio radiologico però potè indirizzare validamente verso una diagnosi clinica.

Naturalmente, se in casi come quelli che ho esposto, con una notevole quantità di gas, basta una semplice osservazione radioscopica per formulare una diagnosi di pneumoperitoneo, non altrettanto facile è però quando il gas libero si trova in scarsa quantità. Allora è necessaria una più accurata osservazione, dei buoni radiogrammi eseguiti possibilmente a paziente in posizione retta o anche semiseduta, per riuscire a mettere in evidenza la zona di trasparenza data dal gas che risalterà meglio fra le zone più opache del fegato o del diaframma.

Ultimamente Mucchi ha comunicato un nuovo segno che metterebbe in evidenza la presenza di gas anche se scarsa nella cavità

peritoneale. Secondo tale A. in questi casi, praticando un radiogramma, a paziente supino e con proiezione postero-anteriore, si noterebbe in corrispondenza dell'ombra epatica una chiazza di maggiore trasparenza a contorni netti, rotondeggiante o policistica, più o meno grande.

Bisogna naturalmente saper discernere però quando tale zona di trasparenza può essere data da gas libero e non piuttosto da gas contenuto nel colon o anche in una zona del tenue interposta tra la parete addominale e il fegato.

Anche quando di fronte ad una zona trasparente sottodiaframmatica si è in dubbio fra pneumoperitoneo e colon interposto tra il fegato e il diaframma sarà facile ricercare ai margini della zona trasparente i segni, generalmente caratteristici, degli austra, e qualora ciò non dovesse bastare, si potrà ricorrrere, sempre che fosse necessario, e, naturalmente, sempre che le condizioni del paziente dovessero permetterlo, a un clisma opaco che ci toglierà ogni dubbio. Allo stesso espediente, o anche a un pasto opaco, si potrà ricorrere, sempre decidendo con prudenza e oculatezza, quando non si riuscirà con una accurata osservazione diretta a discernere fra tratti d'intestino dilatati da gas e bolle di gas di un eventuale pneumoperitoneo saccato.

Resta ancora da fare una domanda: l'indagine radiologica rappresenta un pericolo per il paziente?

Certo sarà sempre opportuno praticare l'esame usando un apparecchio portatile, in modo che non sarà nemmeno necessario muovere dal proprio letto l'ammalato. Però, quando non si abbia a portata di mano un tale apparecchio ritengo che non possa considerarsi lesivo (specialmente quando il paziente dovrà poi essere trasportato in sala operatoria. ciò che rappresenta l'evenienza più frequente nei casi di perforazione) il suo trasporto nel gabinetto radiologico, dove, inutile dirlo, le manovre saranno sempre ridotte al minimo indispensabile.

Di tale essenza di pericoli fanno fede, oltre ai due casi qui illustrati, tutte le innumerevoli osservazioni eseguite nel nostro Ospedale, dove l'indagine radiologica nei sospetti di perforazione è ormai consuetudinaria, senza per questo avere mai provocato il minimo incidente.

Per l'opportunità di profittare del pasto o del clisma opaco naturalmente, ripeto, si dovrà sempre decidere con oculatezza volta per volta, a seconda delle condizioni del paziente e d'accordo col chirurgo, e comunque qualora fosse necessario e non bastasse l'osservazione diretta.

In conseguenza di quanto ho esposto credo di poter insistere anch'io sulla opportunità di una collaborazione sempre più completa e costante fra il clinico e il radiologo. Quest'ultimo potrà molto spesso completare, e talora anche guidare le ricerche del primo, o anche soltanto confermare i risultati delle sue ricerche, dandogli la sicurezza necessaria per emettere un parere e stabilire una cura, a tutto beneficio del paziente e della Scienza.

RIASSUNTO.

L'A., nel presentare due casi di pneumoperitoneo spontaneo di cui non era stata possibile la diagnosi clinica, accenna all'importanza di tale diagnosi, e richiama l'attenzione sulle difficoltà che possono incontrarsi in tali occasioni sia dal punto di vista clinico che radiologico.

Dopo avere accennata all'assoluta mancanza di pericolo nello studio radiologico dei perforati, quando esso sia fatto con oculatezza, si unisce agli altri AA. nel sostenere l'utilità di un controllo radiologico sistematico di tutti i sospetti perforati.

BIBLIOGRAFIA.

BERRI. *Sindrome addominale da perforazione. Contributo casistico.* La Rad. Med., 1931, p. 832.

CORSERI. *Quadri radiologici di perforazioni aperte e perforazioni chiuse gastro-duodenali.* XXIII Riunione del Gruppo dei Radiologi Emiliani.

FINSTERBUSCH R. e GROSS. *Il valore della dimostrazione radiologica precoce del pneomoperitoneo spontaneo nell'ulcera dello stomaco perforata e di altre malattie del tratto digerente.* Acta Radiologica, vol. XIII, fasc. V, 1932.

GIBSON. *Perforazioni acute dello stomaco e del duodeno.* La Rad. Med., 1929, p. 224.

HIMMELMANN. *Le conseguenze della perforazione gastrica dopo il pasto opaco radiologico negli animali da esperimento.* D. Zeit. f. Cr., fasc. 1-2.

MUCCHI. *Un nuovo segno per diagnosi radiologica di perforazione gastro-duodenale.* XII Raduno del Gruppo Lig.-Lomb.-Piemont. dei Radiologi, Genova, apr. 1933.

PANEK. *Sulle perforazioni di ulcere in relazione agli esami radiologici.* Medizinische Klinik, 1927, n. 39.

PELLEGRINI. *L'indagine radiologica delle peritoniti acute.* La Rad. Med., 1932, p. 1444.

PIZZOGLIO. *Sopra due casi di perforazione di ulcera gastrica e duodenale dopo l'ingestione della pappa di Rieder.* L'Osp. Maggiore, n. 10, 1927.

ID. *Sulla perforazione di ulcere gastriche.* La Rad. Med., 1928, pag. 531.

ROSSI. *Ulcera perforata del duodeno. Contributo allo studio della Sindrome radiologica.* Ibid., 1928, pag. 1244.

ROVIDA. *Sulla perforazione delle ulcere gastriche e duodenali dopo l'ingestione del pasto opaco.* L'Ospedale Maggiore, n. 11, 1928.

SHCELLY. *Ulcere perforate. Studio statistico e radiologico.* Amer. Journ. of Surg., vol. XV, n. 2.

VANGNAM e SINGER. *L'importanza della radiologia nelle diagnosi di ulcera peptica perforata.* La Rad. Med., 1930, p. 219.

SUNTI E RASSEGNE.

RENI E VIE URINARIE.

Sull'amiloidosi renale. Le sindromi cliniche e i fenomeni caratteristici del quadro morboso.

(F. MARCOLONGO e C. ROTTA. *Arch. per le Sc. Med.*, gennaio 1935).

Era ed è ancora assai diffusa l'opinione che l'amiloidosi renale debba considerarsi come malattia del rene che, a parte la sua rarità, assume assai di rado aspetti di qualche interesse clinico e diagnostico, piuttosto adattandosi ad essa il significato di una peculiare condizione anatomica del rene anzichè quello di affezione autonoma e a cui possa spettare una individualità clinica sua propria più o meno caratteristica.

Negli ultimi anni una serie di osservazioni cliniche e istopatologiche ha permesso in breve tempo di compiere una rielaborazione dei vari problemi clinici e anatomici inerenti a questa particolare nefropatia, cosicchè oggi, al concetto meno recente dell'amiloidosi renale intesa come semplice fenomeno anatomico concomitante o complicante una nefrosi si contrappone quello di una nefropatia a sè, almeno in certe forme ben individualizzate e autonome, e all'affermazione del suo poco valore pratico e della sua indiagnosticabilità si sostituisce quella dell'evidente importanza del quadro clinico assai spesso specifico, all'idea infine della dipendenza e secondarietà della degenerazione amiloide dei vasi e dei glomeruli rispetto alla nefrosi spesso coesistente, l'idea contraria che la prima rappresenti il fatto fondamentale della lesione renale in molti casi, non raramente unico o predominante, da cui questa prende le sue principali caratteristiche e le particolari modalità della sua ulteriore evoluzione.

Sebbene non vi sia punto della clinica dell'am. renale che, attraverso le recenti osservazioni, non torni ad essere discusso, è per altro su alcuni quesiti principali che verte la nuova descrizione dei fenomeni propri di tale nefropatia, quesiti che gli AA. prendono in esame secondo le dimostrazioni della casistica propria ed altrui:

a) il comportamento della funzione renale nel corso dell'am. renale e il suo interesse per l'individualità clinica della malattia;

b) i reali aspetti clinici delle varie sindromi a cui essa può dar luogo e il valore diagnostico di ciascuna di esse;

c) i fenomeni caratteristici della malattia utili ad una precisa diagnosi di essa e alla sua separazione dalle altre affezioni del rene con cui potrebbe andare confusa.

Dalla moderna casistica prende risalto il fatto della notevole frequenza delle manifestazioni d'insufficienza funzionale del rene nell'am. renale. Il deficit della funzione renale, che s'instaura in quasi la metà dei casi di am. renale presenta poi alcune caratteristiche che hanno grande importanza per l'individualità clinica e diagnostica della malattia.

Innanzi tutto l'insufficienza renale s'inizia non infrequentemente in modo brusco e progredisce a volte rapidamente a volte in modo straordinariamente veloce; frequentissimamente il suo inizio coincide con i primi segni accertabili della lesione renale. La poliuria sembra veramente un sintomo capitale dell'am. renale, per il suo significato diagnostico e per la precocità del suo inizio, cui di solito rapidamente, più raramente dopo lungo tempo, segue il quadro del rene insufficiente.

È da notare che sembrano andare incontro ad una evoluzione particolarmente maligna proprio quei casi in cui o la sintomatologia clinica generale dell'am. è sfumata o quanto meno è passata a lungo inosservata, e in cui l'eziologia non risiede neppure in uno dei fattori causali più gravi, come la tubercolosi aperta e le diverse cachessie.

Altre volte da uno stato di insufficienza renale iniziale o poco progredita si passa bruscamente in un quadro uremico che rapidamente uccide i pazienti, senza quel progressivo peggioramento che siamo soliti di vedere nella maggioranza delle sindromi uremiche e in altri casi di questa stessa nefropatia.

Ma il tratto fondamentale della insufficienza renale nell'am. renale è quello di presentarsi con il quadro di sindromi renali arieggianti ora le nefrosi apparentemente pure ora le glomerulonefriti subacute o croniche ma senza avere nè delle une nè delle altre tutte le caratteristiche fondamentali. E sono queste incongruenze che conferiscono spesso all'am. renale gli aspetti propri di una nefropatia a sè, che non si confonde con nessuna delle altre affezioni del rene. A questo riguardo, il quadro di una nefrosi apparentemente pura con una insufficienza renale con i caratteri già esposti sembra agli AA. assolutamente tipico per l'am, renale e tale da garentire la diagnosi, anche quando vengono meno o siano incerti gli altri fenomeni relativi alla peculiare eziologia, all'amiloidosi concomitante negli altri organi, al reperto urinario. D'altra parte, la mancanza di ipertensione, di cardioipertrofia, e di retinite differenziano l'am. renale in quei casi nei quali la insufficienza renale si presenta con il quadro di una glomerulonefrite subacuta o cronica.

Passando a considerare gli altri caratteri clinici dell'am, renale, e dopo aver notato che la dimostrazione di una delle varie cause che abitualmente producono l'amiloidosi (tubercolosi, sifilide, suppurazioni croniche, ecc.) e il rilievo di sintomi di amiloidosi a carico di altri organi hanno un valore notevole, ma non sono indispensabili per la diagnosi, gli AA. mettono in evidenza l'importanza capita-

le dell'edema nella sintomatologia del rene amiloide, sia per la sua frequenza, sia perchè su esso è fondata in modo principale la confusione fra il quadro delle comuni nefrosi e quello proprio dell'am. renale.

L'edema però manca in un certo numero di casi; manca nelle forme asintomatiche e con scarsi sintomi renali, manca in alcune forme con insufficienza renale e cachessia (forme secche). Ma nel maggior numero dei casi l'edema è presente, in grado più o meno cospicuo. Nei casi in cui l'edema, congiunto a forte albuminuria, si accompagna a insufficienza renale e ad assenza di fenomeni nefritici (ematuria, ipertensione), la separazione dai casi di glomerulonefrite subacuta con screzio nefrotico è agevole. Ma in altri casi, che meritano il vecchio nome di « nefrosi amiloidea », l'edema riproduce in pieno, per le sue variazioni con la dieta, per la scarsa influenza del regime decloruratο, per le sue spontanee oscillazioni, i dati fondamentali dell'edema nefrotico e la sindrome nel suo complesso non è facilmente differenziabile da quella delle comuni nefrosi. Infine l'edema può esistere nel rene am. in completa indipendenza dall'affezione renale, come edema marantico, cachettico o da debolezza cardiaca.

Un altro dei cardini della diagnosi di rene am. è costituito dal reperto urinario. I dati sulla quantità e sulla densità delle urine rientrano nello studio già compiuto della funzione renale. L'albuminuria è di solito intensa, ma non eccessiva (di regola 10-15 ‰). Un certo valore può avere l'alto tasso di albumina nelle forme secche, perchè non comune in altre forme di nefropatie senza edemi. Un dato più caratteristico è rappresentato dalle forti oscillazioni dell'albuminuria. Essa può oscillare da un giorno all'altro in modo enorme (p. es. dal 2 al 35 ‰) e perfino nella stessa giornata nello spazio di qualche ora. Questo fenomeno è abbastanza tipico per il rene amiloide, perchè nelle comuni nefrosi variazioni così spiccate dell'albuminuria non si verificano o si hanno solo in corrispondenza di cause speciali (alimentazione, riduzione della diuresi, terapia non appropriata, ecc.).

Un altro dato caratteristico, in alcuni casi di am. renale, è rappresentato dalla composizione dell'albumina eliminata dal rene, composizione che dimostra un tasso notevolmente alto di globuline che possono anche prevalere sulla frazione albumina fino a costituire quasi tutto il quantitativo di albumina eliminata.

Quanto al sedimento urinario, di solito manca l'ematuria; anche i globuli bianchi sono scarsi; non costante la presenza di cilindri; la ricerca della sostanza amiloide nei cilindri spesso è negativa; la sostanza birifrangente è abitualmente scarsa e la quantità di essa è variabile, dati questi abbastanza caratteristici.

Le manifestazioni cardio-vascolari proprie delle nefropatie (ipertensione arteriosa, ipertrofia cardiaca sinistra, alterazioni del fondo oculare) mancano quasi sempre nell'am. renale, anche nei casi più gravi e con più marcata insufficienza renale, fatto che ha grande importanza diagnostica specie in quei casi che per il loro decorso arieggiano le glomerulonefriti subacute o subcroniche. La pressione arteriosa è in questi casi anzi piuttosto bassa fino a valori di netta ipotensione.

Vi sono però forme con ipertensione, talora anche con cardioipertrofia e fenomeni di retinite. In questi casi bisogna pensare all'associazione dell'am. con altre lesioni del rene; eliminate queste, si potrà ammettere il rapporto, affermato da Fahr, tra ipertonia e rene amiloide, nel senso che l'aumento della pressione arteriosa sia direttamente riconducibile alle alterazioni dei glomeruli, prodotte dall'am. stessa, e che esso manchi nel più dei casi a causa della grave cachessia.

Il reperto ematochimico dell'am. ren. può fornire elementi di grande interesse per la diagnosi. I dati dell'azotemia, dei vari componenti azotati non ureici, della reazione xantoproteica, dell'indacano, della riserva alcalina ecc. non hanno alcun carattere speciale e seguono le variazioni della funzionalità renale.

Le proteine totali del siero di solito diminuiscono, il quoziente albumine:globuline diminuisce o si inverte e corrispondentemente si abbassa la pressione oncotica. Il comportamento della colesterina è vario: in casi abbastanza numerosi il tasso della colesterina è basso o normale, in altri casi è lievemente aumentato, in pochi casi è alto. È da notare come l'ipoproteinemia con abbassamento o inversione del quoziente in casi senza edemi e con insufficienza renale più o meno progredita, ed il tasso colesterinico basso o appena aumentato in casi che invece presentano spiccati fenomeni nefrotici, rappresentano dei fatti che devono richiamare l'attenzione sul rene amiloide non essendo quelli che di solito si riscontrano nelle altre forme renali che potrebbero entrare in discussione.

Esaminati i vari elementi clinici che fanno parte o possono far parte della complessa e varia sintomatologia dell'am. ren., un secondo problema pratico si presenta, quello della identificazione dei quadri clinici con cui la malattia si presenta.

Gli AA. propongono di dividere tutte le eventualità morbose dell'am. renale in due gruppi: nel primo, che abbraccia diverse forme, i sintomi dipendono in tutto o in parte dal processo di amiloidosi dei vasi e dei glomeruli e presentano perciò dei tratti più o meno caratteristici; nel secondo non vi sono sintomi o almeno quadri clinici speciali, la malattia o resta un fatto anatomico oppure assume forme sintomatiche che sfuggono a qualsiasi descrizione e a qualunque sforzo diagnostico.

Appartengono al primo gruppo i casi in ge-

nerale in cui un sintomo o più sintomi possono far pensare all'amiloidosi, come: *a*) casi in cui il reperto urinario, che non ricorda quello di nessun'altra nefropatia, dimostri un'albuminuria massiva o molto oscillante o costituita in gran parte da globuline, ecc.; *b*) casi che apparentemente si presentano come una nefrosi, ma che mostrano insufficienza renale e altri sintomi caratteristici nell'urina, nel reperto ematochimico, ecc.; *c*) casi che decorrono con insufficienza renale lentamente progressiva, ma di regola senza ipertensione, cardioipertrofia nè retinite; *d*) casi con insufficienza renale a rapido decorso e cachessia, pure senza alcun fenomeno glomerulonefritico.

Appartengono al secondo gruppo numerose osservazioni che rispondono alle seguenti quattro possibilità: *a*) amiloidosi renali associate a nefrosi; *b*) associate ad una glomerulonefrite subacuta o cronica, di solito diffusa, raramente a focolaio; *c*) associate a tumori del rene, a lesioni arteriosclerotiche, sifilitiche, ecc.; *d*) pure o isolate.

Per i quadri morbosi del primo gruppo gli AA. credono sufficiente, agli scopi clinici, la denominazione di *amiloidosi renale;* per quelli del secondo gruppo quella di *amiloidosi renale asintomatica o latente*. Le am. renali asintomatiche sono caratterizzate dalla assoluta mancanza o dalla estrema povertà (talora soltanto lieve albuminuria transitoria) dei fenomeni clinici che spesso non fanno neppure pensare all'esistenza della nefropatia; mentre le am. ren. latenti possono riaccostarsi alle forme diagnosticabili o tipiche della malattia, possono ad un certo punto del loro decorso non sfuggire ad alcune indagini (prova del Rosso Congo) intese a rivelarla, possono infine trapassare in essa dopo un tempo più o meno lungo, come avviene quasi esclusivamente nella forma che comunemente gli AA. chiamano « nefrosi con amiloidosi ».

Concludendo, gli AA. ritengono che la diagnosi clinica di am. renale sia possibile nel più gran numero dei casi di questa affezione e che essa si debba porre essenzialmente sui fatti clinici diretti, relativi cioè alle stesse manifestazioni renali, anche quando gli elementi indiretti manchino o siano incerti.

C. TOSCANO.

Un nuovo segno per la diagnosi dei flemmoni perinefritici, delle perinefriti, del foruncolo renale e dell'ascesso corticale del rene.

(C.-P. MATHE. *L'Union Médicale du Canada*, dicembre 1934).

L'A. rileva che nonostante la conoscenza dei vari segni clinici, pur tuttavia in alcuni casi la diagnosi è difficile e spesso dubbia.

Egli facendo la pielografia in posizione verticale per studiare i differenti aspetti della mobilità renale avrebbe constatato l'assenza di detta mobilità nei casi di lesioni suppurate della corteccia renale e nelle perinefriti suppurate e non suppurate.

Cercando questo segno in tutti i casi in cui aveva ragione di sospettare una suppurazione corticale o perirenale, lo ha costantemente trovato positivo e all'atto operativo o all'autopsia nei casi non operati. Per tanto l'A. considera detto segno come patognomonico.

L'A. nei casi sospetti consiglia di prendere le films nella posizione di Trendelenburg, in posizione orizzontale e verticale.

La fascia di compressione del Potter-Buckey dev'essere tesa quando l'ammalato sta nella stazione eretta e questo per evitare che il rene possa rimanere in posizione alta invece di discendere il che porterebbe a conclusioni erronee.

S'invita l'ammalato a respirare e si prende il film in espirazione profonda.

Comparando le *rispettive posizioni* del calice superiore e di quello inferiore in rapporto ad un punto determinato sulla vertebra adiacente, si osserva la posizione del rene.

Nei casi di *flemmone perinefritico*, di *perinefrite*, di *foruncolo renale* e di *ascesso corticale*, il rene si trova piazzato in un certo piano e la sua posizione non cambia nè in posizione di Trendelenburg, in posizione verticale nè durante la respirazione. L'A. osserva che se la tecnica è seguita scrupolosamente, il segno della fissazione renale è costante.

Naturalmente detto segno ha maggior valore quando concorda con tutti gli altri dati clinici e gli altri esami urologici generali e speciali.

Dopo avere ricordati i vari segni clinici dell'ascesso e del flemmone perinefritico l'A. conferma che con la formazione di un ascesso, il rene perde la sua mobilità normale, a poco a poco si fissa e questa assenza di mobilità può essere scoperta prendendo delle pielografie retrograde o intravenose in espirazione e in posizione eretta.

Il segno dell'A. assume maggior valore nei casi di *perinefrite non suppurata* dove, si sa, i segni clinici sono poco chiari.

In questi casi, mancando talvolta la febbre, la leucocitosi e i segni urinari, la diagnosi si rende quanto mai difficile. Il segno dell'A. può chiarire ogni dubbio.

Nei casi di suppurazione limitata alla corteccia del rene la diagnosi è più difficile di quella dell'ascesso perinefritico, ma meno di quella della perinefrite non suppurata. Nella maggior parte di questi casi l'analisi dell'urina proveniente dal rene affetto è negativa.

Un semplice *cliché* mette in evidenza il cambiamento nel contorno renale.

Anche nei casi di ascessi miliari, di piccoli flemmoni o di ascessi isolati, il segno dell'A. può essere osservato su una pielografia presa in posizione verticale.

SCANDURRA.

Il cateterismo nei prostatici.

(I. WUGMEISTER. *Gazz. degli Osp. e delle Clin.*, 10 febbr. 1935).

Malgrado i progressi della tecnica operatoria che permette di sottoporre alla operazione un numero sempre maggiore di prostatici, rimane e rimarrà un contingente rilevante di pazienti che rifiutano l'intervento o che all'intervento non possono essere sottoposti per tarda età o a ragione delle non favorevoli condizioni generali. Il cateterismo rappresenta per questi malati un'ancora di salvezza, almeno temporanea, di cui però l'indiscutibile valore vien spesso frustrato dall'assenza di metodo nell'applicazione, dall'imprecisione nello stabilire la indicazione e dalle manchevolezze di tecnica.

L'A. espone le indicazioni e la tecnica del cateterismo così come la intende l'urologo.

Strumentario attuale. — Per il cateterismo si adoperano essenzialmente due tipi di sonde: di caucciù e di tessuto di seta ricoperto di gomma.

Le sonde di caucciù o di gomma rossa, dette comunemente di Nélaton sopportano ripetutamente l'ebollizione in acqua comune ma dopo un po' di tempo si rigonfiano leggermente sì da acquistare un calibro di 1-2 numeri superiore a quello originale. Hanno il vantaggio di adattarsi a tutte le curve del canale uretrale e di passare quindi anche nelle uretre molto deformate dall'adenoma prostatico. Espongono meno a traumatismi, ma sarebbe esagerato pensare che adoperando la sonda Nélaton si è completamente al sicuro di qualsiasi accidente traumatico.

I cateteri di gomma detti semi-rigidi sopportano l'ebollizione meno bene delle sonde di Nélaton e generalmente dopo 5-6 bolliture cominciano a presentare delle screpolature nella superficie gommata. A pari calibro hanno un lume interno maggiore; inoltre sono forniti di due aperture terminali invece che di una, il che permette svuotamento più rapido e lavatura più energica. Ne esistono vari tipi. Il più adatto per i prostatici è quello con curvatura di Mercier.

I cateteri metallici devono essere banditi dallo strumentario moderno, perchè sono inutili per il medico e pericolosi per i malati. Nei rari casi in cui fosse necessario un cateterismo con strumenti rigidi, si può adoperare il mandrino curvo introdotto in un catetere di gomma.

La scelta della sonda per il cateterismo dei prostatici non può essere lasciata al caso o al possesso di una o di altra sonda. Essa deve essere guidata esclusivamente dal risultato della esplorazione dell'uretra per mezzo dell'esploratore di Guyon.

L'introduzione nell'uretra di strumenti di qualsiasi genere, senza la preventiva esplorazione dell'uretra, rappresenta un vero e proprio errore di tecnica.

Con l'esplorazione dell'uretra si possono presentare 4 possibilità: 1) l'esploratore passa liberamente tutta l'uretra e penetra in vescica; 2) l'esploratore viene arrestato nell'uretra anteriore; 3) l'esploratore viene arrestato nel bulbo dell'uretra; 4) l'esploratore non può passare per un ostacolo situato nell'uretra posteriore.

Nella prima eventualità si può fare uso indifferentemente di qualsiasi sonda. Si deve però preferire la sonda di Nélaton, come meno traumatizzante.

Nel secondo caso si deve preferire, se il passaggio è possibile, il catetere semi-rigido di piccolo calibro con becco di Mercier. Solo quando un Mercier piccolo non passa si può ricorrere al catetere semi-rigido conico-olivare dritto. Questo catetere essendo diritto deve essere maneggiato con estrema circospezione, poichè data l'accentuazione della curvatura dell'uretra, per effetto dello sviluppo della ipertrofia, esso può facilmente traumatizzare la mucosa o, peggio, produrre una falsa strada.

Quando l'esploratore viene arrestato al bulbo dell'uretra, per stabilire se si tratta di restringimento o di spasmo dello sfintere esterno, o si introduce un dilatatore metallico curvo di grosso calibro, il quale passa facilmente se si tratta di spasmo, oppure si riempie l'uretra anteriore con una soluzione di percaina al 2 ‰, che viene lasciata per 15'; se vi è spasmo con l'anestesia scomparirà.

Se si tratta di stenosi sarà indicato ricorrere al catetere semi-rigido di piccolo calibro con becco Mercier o al conico olivare diritto o, nelle stenosi molto accentuate, alla sonda filiforme o al cateterismo a fascio.

Infine nel 4° caso, il più comune nei prostatici, si adopererà il catetere semirigido con curvatura di Mercier ad angolo di 35°. In caso di difficoltà o di impossibilità nella introduzione del catetere a becco si ricorrerà al catetere a doppia curvatura senza mandrino, e solo in caso di insuccesso si può ricorrere al cateterismo su mandrino. Questo mezzo deve essere però riservato a mani molto esperte, potendo altrimenti essere fonte di disturbi.

Sterilizzazione. — Il mezzo più rapido e sicuro è l'ebollizione, che ha il solo inconveniente del rapido deterioramento delle sonde. Tutti gli altri mezzi di sterilizzazione richiedono troppo tempo.

Per la *lubrificazione* è da preferirsi l'olio di oliva tenuto in vasetti ermeticamente chiusi e sterilizzati in autoclave o a bagno-maria. Ogni vasetto, dopo l'apertura, non deve essere adoperato per più di 24 ore senza essere di nuovo sterilizzato.

Tecnica. — Asepsi, prudenza, pazienza e lentezza sono i quattro capisaldi del cateterismo.

Lavare prima l'uretra con 200-300 cc. di una soluzione di ossicianuro di mercurio all'1 per 4000; colla stessa soluzione sarà lavato il glande ed il sacco prepuziale.

Per l'introduzione della sonda Nélaton, mentre con la mano sinistra si tiene il pene con l'indice e il medio dietro il solco coronario, e lo si stira fortemente in alto per appianare le pieghe della mucosa, con la destra munita di una pinza sterile o di una compressa di garza sterile, si prende la sonda a 3-4 cm. dalla estremità che deve essere introdotta e si spinge gradatamente fino a penetrare in vescica.

Il catetere con curvatura di Mercier viene introdotto nello stesso modo, solo che il suo becco deve essere rivolto sempre in alto e il catetere deve essere tenuto per il suo padiglione. Se si incontra un ostacolo bisogna ritirare il catetere di 1-2 cm e voltando leggermente il becco ora a destra ora a sinistra cercare prudentemente il passaggio.

Il cateterismo su mandrino curvo richiede una maggiore abilità tecnica. Si adopera generalmente il catetere semi-rigido col becco di Mercier. Il mandrino, ben lubrificato, viene introdotto nel catetere o fino in fondo o fino a 1-2 cm. dal fondo, secondo la curvatura che si vuol dare al catetere. Mentre la verga viene afferrata con la mano sinistra nella posizione indicata, con la destra si introduce nel meato il catetere, tenuto parallelo alla piega inguinale destra con la concavità della sua curvatura rivolta in basso. Nello stesso tempo che si spinge il catetere lentamente si attira sopra di esso il pene. Arrivato al bulbo dell'uretra si fa il giro di 1/4 di cerchio portando il catetere in alto verso l'ombelico, parallelamente alla linea mediana. In questa posizione comincia il terzo tempo o abbassamento del catetere: lasciato il pene, s'imprime al padiglione del catetere un movimento rotatorio attorno alla sinfisi pubica. Il becco del catetere, che era arrivato dinanzi allo sfintere esterno, lo sorpassa, scivola attraverso l'uretra posteriore e penetra in vescica.

Nell'abbassamento del catetere non si deve mai imprimergli movimenti di progressione in quanto con il solo movimento di rotazione attorno al pube esso penetra in vescica.

Indicazioni del cateterismo. — Il cateterismo è inutile nel primo periodo della malattia, in cui la vescica si vuota completamente. Nel secondo periodo, o periodo di residuo, il cateterismo non è necessario finchè il residuo è di 30-40 cc. e l'urina è asettica. Se invece il residuo supera permanentemente gli 80-100 cc., bisogna praticare un cateterismo evacuatore al giorno, che sarà sufficiente finchè il residuo non sorpassa i 300 gr.

Al di sopra dei 300 e fino a 600 gr. il cateterismo dovrà essere ripetuto un'altra volta durante la giornata. Quando il residuo sorpassa i 600 gr. e fino a 1000 gr. saranno indicati 3 cateterismi giornalieri. Un paziente che presenta un residuo superiore a 1000-1200 gr. è generalmente un disteso e allora il cateterismo ha le sue regole particolari.

Nel terzo periodo o di distensione, le regole del cateterismo asettico, prudente e lento devono essere osservate con massimo scrupolo. In questi malati tutto l'albero urinario è disteso sotto la costante pressione dell'urina e una decompressione troppo rapida provocherebbe un'emorragia e faciliterebbe l'infezione. È dunque della massima importanza la lentezza nello svuotamento della vescica. La prima volta si lasceranno uscire dal catetere 500 gr. di urina. Dopo 3-4 ore si ripeterà la stessa operazione e, se necessario, per 3-4-5 e anche 6 volte durante le 24 ore. Alle volte occorreranno 3-4-5 e talvolta anche 8-12 giorni prima che la vescica sia completamente svuotata.

Se durante lo svuotamento della vescica (indifferentemente se la prima o le volte successive) il malato comincia ad accusare un dolore all'ipogastrio o se l'urina comincia a colorarsi in rosa per la presenza di sangue, è necessario interrompere immediatamente l'evacuazione e riiniettare in vescica tanto liquido disinfettante (ossicianuro di mercurio al 0,25 ‰) quanto è necessario per far cessare subito il dolore o il sanguinamento.

Il cateterismo nella ritenzione completa. — Nella ritenzione completa acuta bisogna cateterizzare immediatamente, poichè più precoce sarà il cateterismo, più lieve sarà la distensione vescicale e più probabile sarà il ritorno rapido alla minzione spontanea. Lo svuotamento della vescica sarà graduale se l'infermo era nel terzo periodo della malattia, totale se l'infermo era nel primo o nel secondo periodo.

Dopo lo svuotamento il cateterismo sarà continuato sistematicamente fino a ristabilimento della minzione spontanea. Il cateterismo non sarà mai interrotto bruscamente, ma sarà praticato ad intervalli sempre più lunghi fino a cessare del tutto.

Nella ritenzione cronica il cateterismo sarà regolato secondo la quantità di urina che secernono i reni. In via generale si farà un sondaggio giornaliero per ogni 500 gr. di urina o frazione di essi, cioè un cateterismo se il malato non produce più di gr. 500 al giorno, due da 500 a 1000 gr., ecc.

Incidenti del cateterismo. — Se durante le manovre di introduzione si produce una emorragia cospicua, si praticherà una lavanda calda con antipirina (1 ‰), si consiglierà un bagno caldo prolungato e si somministrerà qualche emostatico. Se questi mezzi non raggiungeranno lo scopo si ricorrerà con estrema prudenza, al catetere in permanenza che sarà lasciato per 2-3 giorni.

In caso di produzione di falsa strada, l'infermo avverte un dolore più o meno acuto, si produce una uretrorragia e il catetere non può essere introdotto in vescica.

Se la lacerazione si è prodotta durante una semplice esplorazione e l'infermo può urina-

re da solo, essa verrà lasciata a sè e il malato sarà sorvegliato. La cicatrizzazione avviene di solito in 6-8 giorni. Se si è prodotta durante un cateterismo evacuatore in malati che possono urinare, si desisterà da ogni ulteriore manovra fino a cicatrizzazione. Nei malati con ritenzione completa o in cui le condizioni della vescica necessitano il cateterismo (cistiti, emorragia) si metteranno in opera tutti i mezzi per penetrare in vescica (v. prima) e, una volta riusciti a introdurre una sonda la si lascia a permanenza per 5-7 giorni, fino all'avvenuta guarigione della falsa strada. Se con nessun mezzo si riesce a penetrare in vescica, bisogna ricorrere alla cistotomia o, se questa fosse impossibile, alla puntura soprapubica, che può essere ripetuta impunemente più volte.

Catetere a permanenza. — Una delle principali indicazioni del catetere a permanenza è l'infezione vescicale, nella quale costituisce un drenaggio permanente di una cavità suppurante, drenaggio che mette anche in riposo la parete vescicale infiammata.

È anche indicato nei casi in cui il cateterismo deve essere ripetuto troppo di frequente o quando esso è difficile o provoca emorragia o arreca al malato notevole disturbo o comporta manovre pericolose (catet. a mandrino).

Sono ancora indicazioni del catetere a permanenza lo stato generale cattivo, la distensione delle vie urinarie superiori, la comparsa di sintomi pre-uremici, le ematurie vescicali o prostatiche, la falsa strada, l'irregolarità dell'uretra.

Si possono adoperare sia le sonde Nélaton che i cateteri semirigidi. Il più adatto è il catetere semirigido di Mercier. La scelta del numero del catetere è della più grande importanza per il buon funzionamento e l'innocuità del procedimento. In via di massima si sceglierà un catetere che entri facilmente, senza sfregamenti, nell'uretra e che lasci uno spazio libero fra esso e la parete dell'uretra in modo da permettere la fuoruscita delle secrezioni uretrali, che inevitabilmente si formano per la presenza del catetere.

Perchè il catetere a permanenza assolva bene il suo compito bisogna che sia messo esattamente a punto, cioè che sporga in vescica solo quanto è necessario per uno svuotamento continuo e completo. Se il catetere venisse a sporgere troppo in vescica irriterebbe la parete e provocherebbe lesioni traumatiche. Per evitare questo si procede nel modo seguente: quando la fuoruscita regolare dell'urina (o del liquido messo espressamente) indica che il catere è sicuramente in vescica, esso viene lentamente ritirato finchè il flusso si interrompe: ciò significa che l'apertura del catere è rientrata nell'uretra; allora si spinge di nuovo il catetere per 2-3 cm. dentro la vescica e si fissa in questa posizione.

Quando il catetere è fissato in posizione esatta, l'urina, dopo lo svuotamento della vescica, deve fuoruscire goccia a goccia con lo stesso ritmo col quale arriva dai reni.

Per la fissazione del catetere il mezzo migliore è di annodare attorno al catetere a livello del meato un doppio filo di cotone forte. Sui due doppi capi viene fatto un altro nodo all'altezza del solco coronario e si fanno delle anse non strette attorno alla verga, poi i capi vengono legati ad una ciocca di peli del pube.

Il malato va naturalmente sorvegliato per disostruire il catetere se per una qualunque causa si ostruisca o per cambiarlo in caso di incidenti (dolori, rottura del catetere, ecc.).

Quando non si presenti alcun inconveniente il catetere si può lasciare per 2 giorni e, in casi di tolleranza, anche per 3-4 giorni senza cambiarlo. Durante il cambiamento del catetere è indispensabile praticare un abbondante lavaggio disinfettante dell'uretra per attenuare gli effetti dell'uretrite reattiva. In generale saranno eseguiti lavaggi disinfettanti della vescica una o due volte al giorno durante tutto il tempo di applicazione del catetere a permanenza.

Il catetere a permanenza sarà tenuto costantemente aperto se non vi è distensione del sistema urinario o quando la vescica è già stata svuotata. Esso dovrà essere riaperto solo ad intervalli fissi se è indicato lo svuotamento frazionato. In questo caso si procederà come per il cateterismo ripetuto cioè evacuando ogni 3 ore non più di 500 gr. di urina fino a che la vescica sarà completamente svuotata. Solo allora si potrà lasciarlo aperto permanentemente.

Un eccellente mezzo che rende talvolta servizi inestimabili è l'evacuazione goccia a goccia, la quale consiste nel lasciar fuoruscire dal catetere, lasciato a permanenza, l'urina goccia a goccia con una cadenza fissa di circa 25-30 gocce al minuto primo. Essa ha per iscopo lo svuotamento lentissimo della vescica ed una graduale decompressione dell'albero urinario. Dopo lo svuotamento completo si procede secondo le circostanze o lasciando il catetere a permanenza o procedendo al cateterismo sistematico oppure procedendo alla cistostomia. L'indicazione principale del cateterismo goccia a goccia è la distensione della vescica e delle vie urinarie alte con uno stato generale compromesso.

La tecnica è assai semplice: si fissa sul padiglione di un catetere, messo a permanenza, un apparecchio di Murphy per rettoclisi e si regola il rubinetto in modo da ottenere lo sgocciolio voluto. Oppure più semplicemente si può mettere sul catetere un tappo di legno di forma conica nella parete del quale si scava con un ferro a punta una doccia longitudinale. Attraverso questa doccia si stabilirà lo sgocciolio continuo, che sarà più o meno intenso secondo la larghezza e la profondità della doccia.

C. Toscano.

GINECOLOGIA.

Gli errori diagnostici più comuni nel campo ginecologico.

(W. KOLDE. *Münch. Mediz. Wochenschr.*, 3 genn. 1935).

In un articolo compendioso vengono passati in rassegna i vari sintomi a carico dei genitali femminili e vengono impartite alcune direttive pratiche della ricerca diagnostica. Questa fra altro deve comprendere non solo l'esplorazione vaginale e rettale, eseguite a vescica e retto vuoto, ma anche nella pratica corrente dev'essere completata dall'osservazione collo speculum.

Fra i disturbi più frequenti figura il fluor. Ora già all'ispezione si riesce talvolta a stabilire che esso non proviene dalla vagina, bensì dall'uretra, dai dotti uretrali e dalle ghiandole di Bartolini; la terapia varierà naturalmente a seconda dell'organo affetto; sarà diversa anche a seconda che si tratterà del catarro della vagina, del collo o dell'endometrio.

Mentre la secrezione bianca è per lo più dovuta al Trichomonas, quella giallo-purulenta è da riferirsi al gonococco. La ricerca di quest'ultimo riesce quasi impossibile nel primo tempo, quando esso viene sopraffatto dalla flora mista locale; soltanto dopo 7-8 giorni di lavaggi lo si riesce più facilmente mettere in evidenza. Il fluor abbondante e acquoso fa pensare alla tbc. genitale; tale diagnosi richiede la conferma di una biopsia da praticarsi però con prudenza e delicatezza affinchè non si risvegli il processo.

Fra le malattie dell'età avanzata va ricordata la colpite senile; in essa, più che di catarro, si tratta di un processo eczematosimile di desquamazione e di disseccamento della mucosa vaginale con frequenti emorragie puntiformi che possono indurre alla diagnosi di cancro; talora la perdita dell'epitelio può provocare concrescimento delle pareti vaginali. Il trattamento con irrigazioni è più nocivo che utile in questa affezione.

La diagnosi di natura delle erosioni della portio richiede quasi sempre una biopsia; il criterio del facile sanguinamento per escludere la tbc. è da ritenersi fallace. Per quel che riguarda le ulcerazioni della parete vaginale occorre anzitutto escludere la possibilità di lesioni meccaniche, come p. es. da pessari, da congegni antifecondativi, da coito violento, da tentato aborto ecc. Le ulcerazioni neoplastiche sono caratterizzate da cercine e fondo duri. La molteplicità di lesioni depone per l'ulcera venerea o per il cosidetto « ulcus acutum » (Lipschütz); anche la lues può provocare più d'una ulcerazione, però con mancanza di dolenzia.

Nel porre la diagnosi di deviazione uterina occorre tener presente la possibile esistenza di neoformazioni che possono simularla; così un mioma anteriore può far pensare all'antiflessione, un essudato nel Douglas può simulare la retroflessione; nella gravidanza la diagnosi diventa in genere più difficile.

Per la diagnosi precoce della gravidanza un ausilio prezioso è ora rappresentato dalla reazione di Aschheim-Zondek; il reperto palpatorio diventa probativo solo quando a distanza di 10-12 giorni si possono osservare le modificazioni di grandezza dell'utero. È da tenersi sempre presente che un mioma può simulare e talora coesistere colla gravidanza.

Mentre la rottura della tromba accompagnata da dolori violenti e perdite di sangue rende facile la diagnosi di gravidanza extrauterina, tale diagnosi presenta maggiori difficoltà nel caso di aborto tubarico; i dolori dello stesso tipo con metrorragie irregolari possono essere provocati anche da pratiche abortive; il problema dev'essere risolto colla puntura della parete vaginale posteriore, colla quale sarà dimostrata la presenza o meno del sangue nel Douglas. Il raschiamento diagnostico avrà valore sicuro solo se mette in evidenza dei zaffi coriali — resto di una gravidanza intrauterina; — la mancanza invece di trasformazione deciduale non è sufficiente per escludere la gravidanza ectopica.

La presenza di qualunque neoformazione nel collo uterino, anche se a tipo di polipo obbliga alla biopsia, possibilmente abbondante, poichè non in tutte le parti di una neoformazione può essere manifesto il carattere epiteliomatoso eventualmente presente.

Una speciale attenzione dev'essere rivolta al campo ginecologico nel caso di dolori lombari; questi oltre che essere dovuti a lesioni della colonna, ad un piede piatto ecc., possono essere spesso causati da ptosi uterine, da alterazioni di posizione, da affezioni del bacinetto ecc.; talora basta l'adozione di una fascia addominale perchè ceda la sintomatologia dolorosa; occorre però tener presente le possibili cause extragenitali, specie le alterazioni scheletriche; il dubbio sarà risolto mediante un esame radiologico.

Infine l'A. ricorda come un'affezione « limitrofa » al campo ginecologico sia rappresentata dall'appendicite cronica, non solo perchè può essere facilmente scambiata con una annessite destra ma anche perchè le due affezioni possono essere in rapporto causale; l'operazione dell'appendicite nella donna deve comprendere sempre anche l'esplorazione dell'annesso vicino; più d'una volta i reliquati dolorosi persistenti anche dopo l'appendicectomia sono da attribuirsi a processi aderenziali verificatisi a carico degli organi pelvici.

S. MINZ.

Le emorragie ovariche intraperitoneali non gravidiche.

(J. BAUMANN. *Journ. de Chir.*, n. 6, 1934, t. XLIV).

L'A. riporta 17 casi di tali emoperitonei osservati alla Clinica di Lenormant e tratta il capitolo per esteso. La frequenza di tale affezione viene apprezzata variamente ma non è tanto rara; l'A. ne ha osservato 3 casi in cinque anni. Si osserva durante l'attività genitale, col massimo di frequenza qualche giorno prima della mestruazione e 15 giorni dopo di essa; nelle vergini è stata osservata nel 10% dei casi. La quantità dell'emoperitoneo si aggira dai 200 ai 500 cmc., ma ci sono stati casi in cui ha raggiunto i 3 litri. Origina in genere da un ovaio (molto più raramente da entrambi) che di frequente è sede di degenerazione microcistica.

L'emorragia può originare dallo stroma ovarico, o da un follicolo, o dal corpo luteo.

La prima evenienza è molto rara: si trova una fessura dell'albuginea che porta nel parenchima ovarico o in una cisti ematica di questo.

La seconda evenienza è molto frequente e l'emorragia può provenire da un follicolo in via di maturazione, o da un follicolo maturo, o da un follicolo cistico. In realtà tale distinzione è molto difficile e l'A. ha l'impressione che le grandi emorragie derivino più spesso da rottura di cisti follicolari.

Le emorragie da rottura di corpo luteo normale o cistico, sono meno frequenti.

In tutti i casi l'ovaio corrispondente si trova in parte o in toto infiltrato di sangue (apoplessia ovarica), ed iperemico. Questi dati anatomici ci dicono che l'emorragia ha preceduto ed ha causato per distensione la rottura della vescicola follicolare o luteinica; i traumi, esterni o interni, possono avere solo valore di concausa.

Per spiegare poi l'imponenza e la persistenza dell'emorragia l'A. in alcuni casi invoca la discrasia sanguigna (stati emofilici, emogenici) e quasi sempre l'iperemia, passiva alle volte (concomitanza di deviazioni uterine o di fibroma) in genere attiva infettiva, ma più spesso endocrina per squilibrio simpatico, come farebbero fede le emorragie nelle cisti luteiniche degli animali in cui si è praticata la reazione di Aschheim-Zondek, e la frequente concomitanza di degenerazione fibrocistica dell'ovaio, lesione questa di sicura origine ipofisaria.

Molta importanza deve pure avere l'aspirazione da parte della cavità peritoneale; ad ogni atto respiratorio si avrebbe una vera suzione sull'ovaio sanguinante.

Dal punto di vista sintomatologico si può distinguere una forma dolorosa, da una forma anemica. La diagnosi è quella dell'emoperitoneo ed il trattamento si riassume nella laparotomia, con asportazione dell'ovaio sanguinante e della rispettiva tromba, e nell'eventuale trasfusione per vincere lo stato anemico.

R. GRASSO.

DIVAGAZIONI

Psiche ed allergia.

J. H. Schultz (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 14 dicembre 1934) rileva come gli stati allergici sono spesso accompagnati ed influenzati da varie condizioni psichiche.

Nel corso di tali stati si verificano spesso fenomeni di depressione e di eccitazione di varia specie. I pazienti accusano talvolta senso di stanchezza e di abbattimento che può giungere fino alla sonnolenza, talvolta eccitazione, smania, irrequietezza, ipersensibilità, e malumore.

Questi disturbi psico-nervosi possono manifestarsi a mo' di « aura » prima degli accessi o essere con questi concomitanti. Solo eccezionalmente seguono alla reazione allergica, perchè di solito dopo l'accesso l'individuo ritorna al suo equilibrio psico-nervoso normale.

Queste manifestazioni neuropsichiche dell'allergia documentano sempre più l'influenza dello psichismo sulle condizioni somatiche e viceversa.

Oramai è generalmente riconosciuta la indissolubile unità delle funzioni vitali. Tutti i fenomeni biologici hanno la medesima essenza fondamentale, e sono tutti fra loro interdipendenti. Lo psichismo è una delle più alte, delle più evolute funzioni biologiche, ma non può essere concepito all'infuori dell'organismo, sottratto alle influenze somatiche e vicendevolmente senza influenza sulle condizioni somatiche. Lo psichismo è l'espressione funzionale del sistema nervoso centrale, e del cervello in ispecie. Ma ciò non toglie che essa sia indipendente dal resto dell'organismo. Tutto ciò che modifica l'equilibrio biochimico e biofisico del corpo agisce sul cervello e quindi ne altera la funzione specifica, lo psichismo.

D'altra parte le modificazioni psichiche influiscono a loro volta sulle altre funzioni organiche. Tutto sommato tra il cervello e gli altri organi del corpo, tra lo psichismo e le altre attività fisiologiche esistono interdipendenze funzionali, forse più complesse e più effettive di quelle che esistono tra gli organi della vita vegetativa. Graficamente questa interdipendenza funzionale può essere rappresentata da un anello costituito da tre parti: sistema nervoso centrale e neurovegetativo, stato umorale, massa vivente. Queste tre sezioni agiscono l'una sull'altra in modo da formare un circolo d'influenze reciproche, che può diven-

tare vizioso quando la funzione di una di esse sia comunque alterata.

La prevalenza dei fattori psichici sulla funzione di singoli organi o su complessi di organi è stata sperimentalmente (ipnosi) e clinicamente dimostrata. Non ripugna quindi ammettere che i fenomeni delle sindromi allergiche funzionali possono essere determinate da influenze psiconervose.

È noto che reazioni organiche riguardanti particolari funzioni possono prodursi in apparenza spontaneamente o indipendentemente dagli stimoli abituali che per primi li produssero. Così il freddo produce costrizione dei vasi cutanei, brividi e aumento della produzione di calore, fatti tutti che sono determinati egualmente da stati psichici: s'impallidisce e si rabbrividisce per paura. Analogamente forti stimoli emotivi possono attivare l'intelligenza e dall'altra parte lo stato di lotta per ambizione può provocare stipsi spastica. Si tratta talvolta di profondi, inconsapevoli stati di angoscia che favoriscono o determinano stati ipertonici, così che per riconoscere il vero stato delle cose è necessario rimuovere dall'incosciente complessi da lungo tempo repressi.

Le manifestazioni allergiche sono reazioni biologiche di difesa di grado eccessivo: l'organismo risponde allo stimolo di sostanze qualitativamente e quantitativamente senza importanza con una difesa tempestosa, sproporzionata.

Fenomeni del tutto corrispondenti si riscontrano nel campo delle neurosi, dove si hanno improvvise e violente reazioni di difesa per stimoli di solito indifferenti. I malati di agarofobia per fatti insignificanti possono avere gravi crisi di angoscia, che possono giungere fino a « catastrofi vegetative ». La difesa verso fatti della vita ordinaria, come quello di attraversare una strada, in questi malati è eccessiva, incontrollabile e sbalorditiva, proprio come lo è la reazione di difesa nelle crisi allergiche, senza dire che le espressioni biologiche dei vari stati possono essere affatto simili.

Siffatte analogie conducono ad una concezione monistica della vita, che potrebbe chiamarsi biopsichica o biocentrica.

Tutto ciò è confermato dalla clinica. Veil nel suo ultimo lavoro sul « Reumatismo come malattia generale » parla « dell'influenza addirittura magica del fattore psichico » e « dell'efficacia spesso sorprendente della terapia suggestiva negli artritici ». « Perfino le temperature febbrili di tali pazienti si modificano spesso sotto l'azione della suggestione ». Veil trovò negli artritici reazioni proprie del gruppo allergico costituzionale.

Nell'asma, nella febbre da fieno, nell'orticaria, nelle dermatosi allergiche e simili, sono state fatte negli ultimi anni numerose osservazioni secondo le quali il fattore psichico esplicherebbe un'azione dannosa o utile.

A questi rilievi clinici corrispondono i risultati sperimental. Heilig e Hoff facendo ricerche « Sull'influenza centrale delle forze protettive dell'organismo » dimostrarono che le lesioni della corteccia cerebrale e del cervelletto non hanno alcuna importanza nella produzione delle sostanze immunitarie, mentre le lesioni del sistema striopallidale e delle parti del cervello medio abbassano i poteri di difesa.

Khreninger-Guggenberger studiò i rapporti tra psiche ed infezione sottoponendo ad azioni paurose i sorci bianchi. Oltre mille animali, tra sani e infetti, furono sottoposti a stimoli acustici dosati. I risultati furono convincenti: le emozioni di paura rendono più gravi le infezioni, aumentano il numero dei casi mortali, accorciano il periodo d'incubazione.

Diehl e Heinichen studiarono gli effetti della suggestione in ipnosi ed in veglia su sani e su malati di orticaria allergica. In cinque dei sei casi trattati l'orticaria in seguito alla suggestione aumentava o diminuiva in modo così sensibile da far scartare senz'altro ogni sospetto di errore.

È stato anche rilevato che la concentrazione psichica può attenuare o rinforzare la cutireazione. Ed è di comune osservazione nei Sanatorî che talvolta si può avere una tipica reazione tubercolinica praticando la cutireazione con un ago sterile, affatto pulito.

Metalnikow dell'Istituto Pasteur ha recentemente fatto interessanti esperimenti che dimostrano la spiccata influenza del sistema nervoso nei processi immunitarî. Il bruco della *Galleria mellonella*, privato del suo primo e secondo ganglio toracico può essere immunizzato contro le infezioni, ma la distruzione del terzo ganglio toracico annulla rapidamente la immunità naturale o acquisita. La distruzione di un ganglio addominale non modifica lo stato immunitario del bruco. Se si pratica una legatura nel mezzo del corpo del bruco e s'inietta in una metà di esso il vaccino, si determina l'immunità anche nell'altra metà del corpo non raggiunta direttamente dal vaccino. Metalnikow ne deduce che l'immunità si stabilisce attraverso un'azione del sistema nervoso.

Al riguardo è molto interessante l'azione dei riflessi condizionali. È noto come i riflessi condizionali, secondo il metodo escogitato da Pawlow, si stabiliscono sostituendo agli stimoli specifici dei riflessi ordinari stimoli indifferenti (tattili, acustici, termici, ecc.) che acquistano la capacità di provocare la reazione solo se ripetutamente associati all'eccitazione che provoca abitualmente la reazione stessa. Questa concezione fisiologica è stata riscontrata applicabile anche nel campo dei processi di difesa antibatterica.

L'essudato peritoneale, le caratteristiche alterazioni della formula leucocitaria, la produzione di agglutinina colerica possono prodursi solo grattando l'animale o facendogli udi-

re un certo suono, se questi stimoli tattili o acustici sono associati per 20-30 volte all'iniezione batterica.

La patosindrome della reazione immunitaria può ottenersi, dunque, non solo dagli abituali agenti batterici, ma anche da stimoli ordinariamente indifferenti.

La importanza del sistema nervoso nel meccanismo dei processi immunitarî, che pure hanno tante affinità con quelli allergici, resta oramai clinicamente e sperimentalmente dimostrata.

Non è azzardato ammettere che le sindromi allergiche per intensità e frequenza degli accessi variano in rapporto non solo allo stato d'ipersensibilità allergica dell'organismo ma anche all'idiosincrasia psichica.

Se si applicano all'allergismo le nozioni sull'influenza dei riflessi condizionali nella produzione dei fenomeni immunitarî, si può ritenere che l'*herpes labialis*, l'orticaria, l'asma, l'emicrania, la congiuntivite possono essere provocate non solo dal contatto o dall'ingestione di determinate sostanze, ma anche da situazioni psichiche particolari.

Una tale reazione naturalmente ha una grandissima importanza nella pratica terapeutica della desensibilizzazione.

La desensibilizzazione deve essere biologica nel senso più lato, fisica e psichica insieme.

argo.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

PIO MARFORI. *Trattato di farmacologia e terapia*. IVª ed., Casa ed. Idelson, Napoli, 1934-XIII. L. 95.

La farmacologia e terapia del Marfori è un libro divenuto ormai classico nella bibliografia italiana. Esso è noto non solo ai farmacologi e ai pratici, ma anche agli studenti che sanno di trovare nel libro un'utile guida, sia per l'esame, sia per l'attuazione terapeutica alle prime difficoltà che offre l'esercizio professionale.

Questa quarta edizione del trattato si presenta notevolmente rinnovata ed amplificata e incontrerà certamente ampi consensi.

« Richiamare i giovani alle pure fonti dell'osservazione, dell'esperimento sincero e del rigoroso ragionamento nello studio e nell'applicazione dei rimedi, è stata sempre la principale meta che mi sono proposto nel mio insegnamento » affermava il Marfori nella prima edizione del suo libro e a tale programma egli è rimasto sempre fedele e pienamente l'ha attuato in questa nuova presentazione.

Una trattazione della farmacologia generale precede i capitoli speciali; e in questa prima parte particolarmente interessanti sono i capitoli sulle vie d'introduzione, sul dosaggio e controllo biologico dei farmaci, sull'associazione dei medicamenti, sull'incompatibilità, sul sinergismo: d'altro canto tutti gli argomenti di farmacoterapia generale sono esaurientemente trattati.

Segue la farmacologia e terapia speciale svolta secondo una classificazione che, nelle linee generali, tiene conto della composizione dei varii farmaci, e nei singoli capitoli raggruppa detti farmaci, secondo la loro azione terapeutica.

Per ogni medicamento è stata svolta la parte farmacologica vera e propria, con riferimento ai varii preparati che d'uno stesso farmaco possono essere usati, la parte tossicologica e infine la parte terapeutica colle indicazioni, le controindicazioni e molti dettagli utili per la pratica.

Dei nuovi mezzi terapeutici di recente introdotti, l'A. ha tenuto largamente conto e nulla si può dire gli sia sfuggito di quanto più direttamente può interessare lo studente e il medico pratico.

Così le nuove nozioni sull'azione delle vitamine, sull'azione terapeutica di alcuni ormoni ed estratti ghiandolari, sui diuretici mercuriali, sugli antiluetici, sui barbiturici, sugli ipotensori di recente introdotti, sono ampiamente e praticamente svolte.

Non sono state dimenticate alcune specialità dalle quali il medico spesso non può prescindere, specie quando rappresentano vere vittorie scientifiche dei laboratori dell'Industria farmaceutica; devesi rilevare tuttavia che l'A. si è sopratutto preoccupato di abituare il medico alla pratica della ricettazione.

Interessante è il capitolo sugli avvelenamenti. Utilissimo è poi il capitolo di crenologia e di crenoterapia dato che oggi si va sempre più riconoscendo quanto sia importante che le indicazioni della terapia termale siano note ai giovani medici, sia riguardo alla utilità che la loro preparazione culturale abbia anche una impronta pratica, sia riguardo alla necessità d'una maggiore valorizzazione del patrimonio idrologico nazionale.

È certo che, come il Marfori afferma, molteplici circostanze, oltre all'indirizzo e ai programmi del nostro insegnamento ufficiale, facilitano il determinarsi del dannoso concetto che scarsa sia l'importanza delle cure e « che qualche idea generale sul modo di agire dei principali rimedi sia tutto quanto può occorrere per fare una buona terapia ».

Finchè tale concetto non sarà sorpassato, unica possibilità che i giovani si formino una preparazione terapeutica sta nella diffusione di libri fatti coll'indirizzo che il Marfori ha seguito nel suo trattato.

« Le scienze che servono di base alla farmacoterapia sono principalmente la Chimica, la Fisiologia, la Patologia generale e speciale »... « I metodi d'indagine farmacologica sono quelli della Chimica, della Fisiopatologia e della Clinica » scrive il Marfori; afferma quindi il concetto d'una maggiore estensione che do

vrebbe esser data alla preparazione farmacologica dei giovani, e se nei nostri insegnamenti deficienze vi sono, queste appaiono, talora, proprio nei riguardi dell'impartizione di notizie sull'applicazione pratica dei rimedi e sul determinismo della loro azione terapeutica-clinica.

Il trattato del Marfori tende in ogni sua parte a colmare dette deficienze e rappresenta pertanto un utile paradigma del modo con cui la farmacoterapia, anche sull'ammalato, potrebbe essere insegnata. Concludendo possiamo dire che esso si presenta come un libro classico nella concezione, nuovo nella impostazione, pratico nel suo indirizzo fondamentale, completo sotto ogni punto di vista. È pertanto consigliabile a chiunque voglia avere a disposizione una guida sicura nell'interpretazione dell'azione dei farmaci e nella prescrizione di essi. MESSINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

C. BOMSKOV. *Methodik der Vitaminforschung*. G. Thieme, Lipsia, 1935. MK. 24.

Nel fervore di ricerche, così feconde, sul problema della natura delle vitamine e della loro funzione nell'organismo, un libro di metodica dell'indagine vitaminica non può essere che bene accolto dagli studiosi.

E, come afferma il Rominger dell'Università di Kiel, nella presentazione del volume, una sistematizzazione delle numerose tecniche usabili nelle esperienze sulle vitamine appariva necessaria, dato che l'enorme numero di contributi, se ha certamente moltissimo fatto progredire i problemi affrontati, ha inondato la letteratura anche di dati non sempre accettabili e che non resistono a un severo controllo. Lavoro quindi delicato era quello che il Bomskov doveva portare a compimento, e la mentalità critica più vigile doveva essere l'indirizzo fondamentale nella compilazione del libro. Dobbiamo riconoscere che a tale direttiva il Bomskov si è mantenuto fedele. È vero che, dato il continuo rinnovellarsi di indagini, libri come questo corrono l'alea di invecchiare rapidissimamente; non per questo l'A. e l'editore sono meno encomiabili; io credo anzi lo siano maggiormente, in quanto compiono opera sopratutto utile al progresso scientifico.

L'A. in un primo capitolo d'indole generale si occupa sopratutto degli animali da esperimento usabili nelle ricerche sulle vitamine e delle « diete tipo » fondamentali.

Passa poi alla trattazione dei metodi d'indagine sulle singole vitamine, occupandosi molto dettagliatamente dei quadri avitaminosi e di ipervitaminosi, dei varî testi biologici usabili per identificare detti quadri, dei tipi di dieta sia classici che recenti, usabili nelle varie modalità di ricerca, e infine nel dosaggio delle vitamine su substrati varî.

L'A. dà inoltre curve dimostranti il comportamento sperimentale di animali sottoposti a varî trattamenti, tabelle dettagliate e una ricca documentazione iconografica.

Con tale indirizzo il Bomskov passa in rassegna la vitamina A, la vit. D, la vit. E, il complesso B (vitamina B1, B2, B6, B3, B4, B5), la vit. C, la vit. F, il fattore Y, R e H e gli altri fattori di tipo vitaminico tuttora in discussione.

Possiamo concludere che il libro del Bomskov è veramente utile, anzi pressochè indispensabile a chi si occupi di ricerche di vitaminologia. MESSINI.

G. BATTA, J. FIRKET e E. LECLERC. *Les problèmes de pollution de l'atmosphère*. Editore Masson e C., Parigi. Prezzo Fr. 40.

Il problema dell'inquinamento dell'atmosfera da parte degli stabilimenti industriali tornò all'ordine del giorno nel 1930, quando tutta la vallata della Mosa fu invasa di un'immensa nuvola di fumo, che produsse un gran numero di avvelenamenti parecchi dei quali mortali. L'inchiesta ordinata dal governo Belga stabilì che quel fumo tossico proveniva dagli stabilimenti industriali, ma rimasero imprecisate le cause metereologiche che lo avevano fatte addensare lungo tutta una vallata.

In questo libro sono esposte esaurientemente tutte le cause di inquinamento dell'atmosfera, sopra tutto di origine industriale, e sono indicati i mezzi atti a eliminarne gli effetti dannosi. DR.

E. RABAUD. *Zoologie biologique*. Fasc. 3°. *Les phénomènes de reproduction*. Un vol. in-8° (da p. 475 a p. 784, con 157 figure). Paris, Gauthier-Villars, editore, 1934. Prezzo fr. 55.

Lo studio morfologico, cui si è limitata a lungo la zoologia, è oltremodo incompleto; la forma non costituisce che una delle proprietà degli esseri viventi, la più facilmente accessibile: ma il funzionamento degli organi ed i rapporti con altri esseri e con l'ambiente caratterizzano gli animali allo stesso titolo della morfologia. Seguendo questo metodo, lo zoologo conosce meglio i fenomeni vitali e la zoologia diviene uno strumento di cultura generale. Tale è lo spirito con cui è concepito il libro di Rabaud.

Un primo volume riguardò la forma esterna e il sistema nervoso; un secondo i fenomeni di nutrizione; questo prende in esame i fenomeni di riproduzione, nelle loro varie modalità e nelle loro fasi. È una trattazione di alto interesse. M. P.

C. FRACASSINI. *Veleni animali attivi e animali avvelenatori*. Prato. Prezzo L. 15.

È una rassegna molto dettagliata su un argomento di palpitante interesse. In effetti l'A. tratta l'argomento dei veleni animali e degli

animali avvelenatori in modo generale ed in particolar modo degli ofidi.

Il libro ha un interesse pratico in quanto espone lo stato attuale delle nostre conoscenze non solo sulla cura degli avvelenamenti animali, ma anche sulle loro indicazioni terapeutiche.

Dr.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Adunanza dell'11 gennaio 1935.

Presidente: prof. M. Pincherle.

L'auroterapia nelle pleuriti essudative tubercolari.

E. Azzi ed M. Lucchesi. — L'O. espone i risultati prossimi e lontani del trattamento aurico praticato con sospensioni oleose di sali d'oro, in un gruppo di 20 pleuritici. Un precoce influsso sulla velocità di sedimentazione e sulla reazione tubercolinica è caratteristico di questa cura, alla quale segue rapidamente un miglioramento, talora veramente notevole, nelle condizioni di nutrizione e nella crasi sanguigna. Nei soggetti dopo due anni si notò l'assenza di febbricola e di reliquati locali o generali di una qualche entità.

Discussione: F. Schiassi, P. Caliceti.

Ricerche cliniche quantitative sullo sviluppo individuale del sistema linfatico nel lattante.

A. Robles. — Riferisce i risultati di una serie di ricerche condotte secondo le direttive di Viola sullo sviluppo quantitativo individuale del sistema linfatico sui neonati e sui lattanti sani in numero di 60. La valutazione dei reperti è stata fatta in base ad una scala pentenaria e ha dato luogo a seriazioni, alcune delle quali regolari e simmetriche. Dalle ricerche emerge la esistenza di uno stato di linfatismo fisiologico con varianti in eccesso (iperlinfatismo) e in difetto (ipolinfatismo, Pincherle).

Discussione: P. Caliceti, M. Pincherle, E. Azzi, G. G. Palmieri, P. Benedetti.

Iperbilirubinemia indiretta con ipobilinia: osservazioni cliniche.

F. Schiassi. — Illustra alcuni casi clinici caratterizzati da elevata iperbilirubinemia indiretta; bilinia fecale e urinaria iponormale o normale; anemia ipocromica, con microcitosi, scarsa reticolocitosi, resistenze osmolitiche in aumento, leucopenia; acloridria (due casi), ipocloridria (1 caso), normocloridria (1 caso); azione efficace del ferro ridotto; splenomegalia e anche (in due casi) epatomegalia, età giovanile.

Discussione: U. De Castro.

Potenziamento dell'azione diuretica dei mercuriali mediante il sale sodico dell'acido deidrocolico.

U. De Castro. — Esposizione dei risultati di un grande numero di osservazioni sopra soggetti sani, sopra malati di cirrosi epatica e sopra casi di peritonite tubercolare essudativa.

Discussione: S. Stefanini, M. Pincherle.

Il Segretario: P. Benedetti.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Adunanza del 12 gennaio 1935.

Presidente: prof. F. A. Foderà.

Azione ipotensiva dell'autoemoterapia.

V. M. Buscaino e V. Longo. — Nei soggetti ipertesi, dopo l'ictus emorragico o « trombotico » oppure in assenza di questo, l'autoemoterapia provoca di regola un abbassamento della pressione del sangue; nella maggioranza dei casi fin dalla prima iniezione di autosangue.

Tale abbassamento della pressione dura in genere al di là della fine del periodo di iniezioni di autosangue; in due casi è stato osservato fino ad un mese e mezzo e rispettivamente tre mesi circa dalla fine della cura suddetta.

La reazione di Weltmann nel liquido cerebro-spinale di malati nervosi e mentali.

V. Longo. — La coagulo-flocculazione, modificata da come Weltmann l'ha praticata nel sangue, costituisce il primo tentativo di applicazione per il liquido cerebro-spinale. L'O. l'ha praticata in 82 liquores, di cui 15 appartenenti a soggetti normali ed il resto a soggetti affetti da malattie diverse nervose e mentali. Nei liquores normali si è avuto costantemente un tipo di K. B. con nessuna precipitazione in tutte le provette; in quelli patologici, in quasi tutti, si è avuta precipitazione, con modalità, in linea generale, differenti, a seconda dei gruppi di malati sperimentati.

Speciale importanza acquista il reperto positivo della demenza precoce, perchè costituisce uno dei pochissimi segni patologici nel liquor di questi malati.

Sul presunto potere agglutinante dei sieri tubercolari per la brucella melitensis.

Dott. A. Longo. — L'O., esaminando 185 sieri di ammalati di tubercolosi polmonare, ha notato scarso potere agglutinante per la Br. melitensis e il 14,5 % per la Br. paramelitensis.

L'intradermoreazione alla melitina negli stessi ammalati ha dato risultati negativi, confermando l'utilità di tale ricerca.

Contributo alla conoscenza della lipomatosi pancreatica.

De Gaetani G. — L'O. porta in discussione diversi quadri di aumento del tessuto adiposo nel pancreas.

Distingue:

1) Un aumento dell'adipe per adiposità generale.

2) Un aumento dell'adipe in seguito ad atrofia pancreatica primitiva.

3) Un aumento dell'adipe in seguito ad atrofia secondaria del parenchima esocrino (compressione per cisti, tumori della testa del pancreas, ecc. ecc.).

4) Discute una lipomatosi vera e propria in cui gran parte del parenchima esocrino è sostituito da tessuto adiposo (sono conservate le sole isole di Langherans) senza che si possa definire un corso preciso.

Illustra a questo proposito un caso in cui, contemporaneamente nella adiposità pancreatica primitiva esiste una complessa di turbe endocrine, paragonandolo ad un caso esistente nella letteratura.

Il Segretario: Prof. G. Di Macco.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Cisti idatidea del cervello.

Dew (*Surg. Gyn., obst.*, settembre 1934, n. 3, vol. LIX) riporta 4 casi di cisti da echinococco del cervello. Di questi tre casi, di giovani o di bambini sono primitivi, senza localizzazioni rilevabili in altra sede. I sintomi che danno sono analoghi a quelli degli altri tumori cerebrali. Con l'intervento operativo si hanno buone speranze di guarigione. La mortalità operatoria è — relativamente — poco elevata. Il quarto caso riguardava un caso di cisti secondaria. Come è stato dimostrato per il primo da Dene tali cisti sono secondarie ad una rottura intracardiaca di una cisti primitiva fertile della metà sinistra del cuore. Quando tali cisti intracardiache si rompono si ha una crisi gravissima di shok da cui i malati possono riaversi e dopo un certo periodo di tempo si ha l'inizio di fenomeni nervosi come per le cisti primarie. Fino ad ora tali casi hanno avuto tutti esito infausto.

GHIRON.

La cura dell'emorragia cerebrale.

Westphal sostiene da tempo che il meccanismo patogenetico dell'emorragia cerebrale debba essere riportato non alla rottura di un vaso cerebrale, ma alla costrizione spastica di di tratti interi di rete vasale.

Allo spasmo segue l'ischemia, all'ischemia un'acidosi del tessuto nervoso, a questo una fragilizzazione delle pareti vasali, onde l'emorragia. (Una nota su questo argomento è stata pubblicata da V. Serra, *Policlinico*, Sez. Prat., 1933).

Ora lo stesso A. (*Deutsche Med. Woch.*, 23 nov. 1934), in base alle esperienze raccolte nel suo reparto, consiglia di usare, nella cura delle emorragie, al più presto dopo che l'incidente si è verificato, iniezioni endovenose di 40 cc. di soluzione glucosata ipertonica al 40 %. da ripetersi per 2 volte al dì per 2-3 giorni, poi una volta per altri 14 giorni.

I risultati ottenuti sono veramente soddisfacenti, per la loro entità e la rapidità con cui si manifestano.

Di solito, alle iniezioni si fa precedere un salasso di 350 o 300 cc. al più.

Ricerche di controllo sul fondo dell'occhio e sulla cute (capillaroscopiche) hanno dimostrato che alla iniezione di soluzioni ipertoniche segue una vasodilatazione e un miglioramento della corrente capillare.

Nella forma di demenza senile, basata su arteriosclerosi cerebrale, il Westphal ha alternato, con buon successo, le iniezioni endovenose di soluzione ipertonica con ipodermoclisi di soluzioni ipotomiche (5,4 %) in abbondante quantità, così da determinare un vero e proprio « lavaggio » della sostanza cerebrale.

Come profilassi delle apoplessie, negli ipertesi con cefalee, vertigini ecc., è utile l'iniezione giornaliera endovenosa di soluzione glucosata 40 % per 10-12 giorni.

Ottima azione ipotensiva esplica il rodanio, che va dato però a piccole dosi, onde evitare delle ipotensioni moleste. (Rodanato di sodio gr. 0,10 al giorno, 3 settimane sì e 1 no).

La rodanio-calcio-dimetina, troppo attiva, è mal tollerata ed è preferibile dare questi medicamenti ognuno per sè.

V. SERRA.

Le forme anomale della corea infantile.

Ellenberger (*Journ. des praticiens*, 5 genn. 1935) osserva che vi sono degli equivalenti della corea, come si conoscono per l'epilessia e riporta vari casi di sua osservazione.

Una bambina di 11 anni è portata alla consultazione per una specie di abbaiamento rauco che si ripete a brevi intervalli da qualche giorno. Nessuna lesione laringea, ma soltanto uno spasmo dei muscoli laringei. Circa 8 mesi prima, cefalea, sensazione di stanchezza, eccitabilità di umore. Ingiungendo alla bambina di rimanere immobile, non si vedono che dei piccoli movimenti, che agitano le mani, i piedi e stirano i tratti della faccia. Si tratta di corea ed una cura adatta la guarisce in pochi giorni.

In una sposa di 18 anni, sconvolta dalla morte del padre all'idea fissa che esso non è morto e che soffoca nella bara, l'ossessione si manifesta con sensazione di soffocamento, con piccola tosse breve e cattivo stato generale. Piccoli movimenti incessanti delle mani, dei piedi e della testa, tanto deboli che nessuno vi aveva prestato attenzione. Guarigione in pochi giorni col trattamento anticoreico.

Una bambina di 10 anni, in seguito ad una storia impressionante di asfissia raccontata alla scuola, incomincia a gridare in piena scuola: « aria! aria! soffochiamo tutti! ». Tale stato dura da 4 mesi, con cefalea, dimagrimento, insonnia. Piccoli movimenti involontari delle mani e dei piedi, già iniziatisi prima della lezione dell'asfissia, ma a cui nessuno aveva badato. Guarigione rapida.

In tutti i casi, i disturbi psichici avevano preso un'importanza maggiore, mentre quelli motori erano rimasti discreti ed ignorati a prima vista.

I lavori recenti dimostrano, poi, le analogie che uniscono la corea alla manìa acuta. *fil.*

Il trattamento della lombaggine.

La lombaggine acuta, secondo G. L. (*Journ. des praticiens*, 26 genn. 1935) è rara; ad ogni modo, è la forma che più facilmente cede alla terapia. L'inizio è spesso quasi brutale; il ma-

lato rimane immobile, come fulminato o cade senza conoscenza. Il dolore è calmato dall'immobilizzazione completa, ma ricompare al minimo movimento; il malato è inchiodato a letto per 8-10 giorni.

La medicazione esterna (compresse, senapismi, revulsione) si mostra insufficiente e senza effetto rimangono anche gli analgesici abituali ed il salicilato di sodio.

In poche ore, invece, si può portare sollievo a tali malati mediante iniezioni praticate nelle masse muscolari sacro-lombari da ogni lato della colonna vertebrale, *profondamente*, quasi a contatto con le vertebre. Si fanno, da entrambi i lati, ai punti più sensibili, 2-3 iniezioni ad altezze diverse, di 2 cmc. di una soluzione di acido salicilico a 1/1000; si può utilizzare allo stesso scopo il salicilato di sodio in soluzione a 5 cg. per cmc. Le iniezioni non sono dolorose o soltanto per pochi istanti; possono essere ripetute.

I risultati sono, di solito, rapidi e tanto più netti quanto più acuta è la lombaggine.

La lombaggine cronica è spesso ribelle alla terapia. Sicard consiglia di iniettare in piena massa muscolare 3-4 cmc. di lipjodol. I risultati sono talvolta soddisfacenti, ma sempre lenti a manifestarsi. *fil.*

TECNICA MEDICA

Trattamento dell'asfissia della cellula cerebrale negli incidenti traumatici e sue complicazioni vascolari, mediante le iniezioni sottocutanee di acido carbonico.

G. Zorraquin, M. B. Pou e L. Urcaray (*Sociedad de Cirugia de Buenos Aires*, Sez. 14-11-1934) hanno potuto vedere sperimentalmente che nei cani, ai quali era stato prodotto una profonda commozione cerebrale, l'iniezione sottocutanea di acido carbonico agiva beneficamente nello stato commozionale, sugli atti respiratori, aumentando la espansione respiratoria e la capacità vitale, e sulla circolazione aumentando la pressione arteriosa e la vasodilatazione periferica. Inoltre hanno potuto constatarne i benefici effetti sull'uomo in tre casi di gravissima commozione cerebrale.

Il meccanismo di azione dell'acido carbonico si esplica sulla respirazione eccitando i centri dell'automatismo, nella circolazione per una azione cardiotonica centrale e vasodilatatrice periferica, determinando una inibizione sul simpatico la cui eccitazione provoca una ischemia cerebrale. Inoltre l'iniezione sottocutanea di acido carbonico accelera il ritmo biologico respiratorio, provoca una leggiera acidosi passeggera e stimola direttamente il bulbo con l'acido carbonico libero; siccome la sua diffusione si ricompie lentamente si ottiene un'azione che dura molte ore, cosa che non si può fare per inalazione.

Queste iniezioni devono essere fatte nel sottocutaneo regolando la pressione in modo che l'enfisema sottocutaneo che si forma non deve rompere il derma, regolando la velocità con il sorvegliare lo sviluppo dell'enfisema e dosando la quantità che deve essere di 100 cc. per volta ripetuta anche a breve distanza di tempo.

Gli AA. descrivono l'apparecchio usato che è un Carbodental Sparklet modificato da loro.

M. PLASTINA.

SEMEIOTICA.

L'infedeltà dell'azotemia nella indicazione e nella prognosi operatoria.

Pierre Duval (*Bul. mém. Soc. nation. Chirurgie*, 60-1144, 1934) ha visto numerosi casi di affezioni urinarie in cui l'azotemia preoperatoria essendo ottima il decorso successivo era cattivo. Egli crede che più che la determinazione dell'azoto ureico (come si fa nell'azotemia generalmente praticata in clinica) abbia importanza la determinazione dell'azoto di origine aminica.

In un grave caso di insufficienza renale dopo operazione di prostatectomia presentava 0 20 ‰ di azotemia e 0,62 ‰ di N. aminico.

In 50 casi da lui esaminati nel 25 % dei casi l'azoto ureico non seguiva l'azoto aminico e forniva indicazioni prognostiche inesatte.

Ciò si spiega anche biologicamente. A noi nella valutazione preparatoria e prognostica in genere dell'azotemia non importa soltanto fissare il grado di eliminabilità o meno renale ma bensì il grado di invasione dell'organismo da parte di prodotti tonici la cui trasformazione in urea costituisce un processo di disintossicazione.

Presa in questo senso l'azotemia deve illuminarci sullo stato di intossicazione e sui poteri disintossicanti dell'organismo più che del semplice grado di permeabilità renale.

Se poi si considera la maniera con cui i polipeptidi provenienti dalla disintegrazione di grandi masse di tessuto invade l'organismo dopo un'operazione e come la loro fissazione in urea non possa avvenire che lentamente, si comprende come la determinazione della azotemia non possa dare luce sullo stato effettivo delle cose.

ALDO CALÒ.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Le lesioni epatiche nelle affezioni della colecisti.

A. Chiatellino e G. Oselladore (*Arch. it. malattie app. digerente*. sett. 1934) hanno studiato 40 casi di colecistite semplice o litiasica, mettendo in raffronto i risultati degli esami funzionali con il reperto anatomo-patologico della cistifellea e di frammenti di fegato prelevati durante l'intervento.

Hanno osservato quasi costantemente alterazioni istologiche del fegato, di entità variabile

e coi caratteri generali di epatite ad andamento subacuto o cronico. Non di rado, manca una corrispondenza netta fra l'entità delle alterazioni epatiche e quelle della colecisti, sicchè in casi determinati, si può riconoscere alle prime un'individualità propria ed una importanza decisiva nel determinare le manifestazioni cliniche.

È presumibile che l'alterazione epatica si debba ritenere come primitiva o per lo meno contemporanea a quella della colecisti; ad ogni modo, però, la persistenza dei fatti morbosi a carico di questa influisce a sua volta sul parenchima epatico.

La colecistite, pertanto, non va considerata come una entità morbosa isolata, ma il più spesso come facente parte di un quadro più complesso di epato-colecistite; tale concezione può avere notevoli ripercussioni anche dal punto di vista pratico, nella discussione delle indicazioni agli interventi e nella preparazione agli interventi. *fil.*

VARIA

La fauna dell'alta atmosfera.

L. Berland ha ripetuto in Francia le ricerche fatte da Coad agli Stati Uniti A., sulla fauna dell'alta atmosfera, applicando una rete simile a quelle da plankton, dell'apertura utile di 30 cm., su un biplano e studiando poi il materiale raccolto. Tale rete resiste bene alla pressione determinata dalla velocità (circa 120 km. all'ora); per evitare che, per gli urti al fondo della rete, gli insetti avessero a guastarsi, vi ha applicato del cotone chirurgico, in cui gli insetti si impigliavano, permettendo così di mantenerli ancor vivi.

In parecchie ricerche (su cui riferisce in *Nature*, del 15 ott. 1934) l'A. trovò ad altezze fra 1500 e 2000 m. numerosi insetti e cioè, in ordine di frequenza: ditteri, tisanotteri, emitteri, imenotteri, un coleottero ed anche dei collemboli (che sono apteri). Tutti questi insetti hanno delle dimensioni non superiori a 2-3 mm.; non si sono mai trovati insetti di dimensioni maggiori o buoni volatori.

Questi insetti molto piccoli e leggeri, con scarsa potenza di volo, sono trascinati in alto dalle correnti calde ascensionali o dei venti; arrivati ad una certa altitudine, vi rimangono indefinitamente e vi flottano secondo le correnti aeree, comportandosi come un vero plankton.

Con gli insetti, si trovano dei detriti vegetali, come stami, reste di graminacee, fibre varie, fili d'erba e persino una spiga di loglio con una parte del fusto, della lunghezza complessiva di 15 cm. Oltre a ciò, dei frammenti minerali ed una fine polvere minerale con particelle da 1 mm. di diametro.

Saranno interessanti ulteriori ricerche, che facciano una specie di inventario della biosfera e stabiliscano la densità della sua fauna, di cui gli entomologi americani fissano il limite superiore verso 5000 m., secondo le stagioni e le regioni. Utili saranno anche le ricerche sugli eventuali microorganismi, che potrebbero anche delucidare delle questioni epidemiologiche. *fil.*

Il mistero dell'Oceano.

L'acqua marina, l'elemento primordiale in cui sembra abbia avuto origine la vita, non è ancora perfettamente nota nella sua composizione. Oltre al suo contenuto in cloruro di sodio, che si calcola in media del 3,50 per cento, l'acqua di mare contiene altri 32 elementi, alcuni dei quali si trovano in quantità tanto piccole che la loro presenza non può essere rivelata che dall'esame spettroscopico ed, in qualche caso, soltanto dedotta dal fatto che essi si trovano in piante ed in animali marini, ma l'analisi non li ha ancora isolati.

Alcuni degli elementi che si trovano nell'acqua marina sono indispensabili alla vita umana, oltre che alla riproduzione ed allo sviluppo degli organismi marini: tali sono il ferro, lo jodio, il rame, il manganese. Alcuni si trovano in quantità minime, come è il caso degli elementi citati e del vanadio, del bario, del boro, che, invece, sono accumulati nel corpo dei pesci, dei molluschi, dei crostacei e delle alghe. Così, secondo quanto riferisce S. Galtsoff (*Scientific monthly*, agosto 1934) lo jodio che nell'acqua di mare si trova in proporzione di circa 3 decimi per miliardo, è accumulato in grande quantità nelle alghe, nei molluschi, nei crostacei, nelle spugne; le aragoste ne contengono 11 parti per milione, le ostriche 6 pure per milione; una spugna molto comune, *Microciana*, che abbonda dove si trovano delle colonie di ostriche, ne contiene più del 5 per cento.

Vi sono, quindi, dei casi in cui l'accumulo di un dato elemento è enorme, senza che si conosca la ragione di ciò e l'uso che gli organismi possano farne. Così, per es., non si spiega il perchè le ostriche ed i *Pecten* contengano 10.000 volte più di zinco e 1000 volte più di rame che non l'acqua di mare.

L'Oceano appare pertanto come un immenso laboratorio di chimica, in incessante lavorìo; l'attività chimica dei suoi abitanti sembra variare con la loro forma e la loro struttura. *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

L'igiene e la sanità pubblica in Italia nel 1933

La consueta Relazione del Direttore Generale della Sanità Pubblica, per il 1933 (1), pur essendo sintetica, è vasta perchè investe i più svariati problemi connessi con l'igiene e la pubblica salute e costituisce uno specchio fedele dell'opera fattiva che la Direzione Generale della Sanità Pubblica con gli Uffici dipendenti svolge silenziosamente a beneficio del Paese.

Diamo un brevissimo cenno dei principali argomenti svolti nella Relazione, rimandando ad essa gli studiosi che volessero approfondire qualche argomento. Due fatti di grande importanza sono anzitutto da segnalarsi; il fervido e complesso lavoro che ha portato alla pubblicazione del Nuovo Testo Unico delle Leggi Sanitarie e l'inaugurazione dell'Istituto di Sanità Pubblica, che comprenderà come è noto vari laboratori (Batteriologia, Chimica, Fisica e Meteorologia, Ingegneria Sanitaria, Epidemiologia, Malaria ecc.) e che per la grandiosità e la modernità d'impianti costituisce un modello del genere. Ivi saranno tenuti anche corsi di perfezionamento, ritornando così alle antiche tradizioni di circa un cinquantennio fa, quando si è costituito il primo nucleo del personale tecnico della Sanità Pubblica.

Largamente trattati nella Relazione sono i problemi demografici, con l'assillante questione della diminuzione della natalità, che segna una lieve diminuzione in confronto del 1932, arrivando al quoziente di 23,7 per 1000 abitanti; vi sono vari compartimenti che lo superano (p. es., la Lucania con 36,0), ma anche altri che lo hanno inferiore (minimo in Liguria, con 14,4). Confortanti sono invece le cifre della mortalità, che è arrivata nel 1933 al più basso quoziente di 13,7 per 1000.

Buone sono le condizioni per le malattie infettive, senza episodi epidemici importanti; motivo di vera soddisfazione è il fatto di non avere registrato *nessun caso di vaiuolo*, tanto più in considerazione dei numerosi casi verificatisi in paesi del bacino del Mediterraneo, con cui vi sono frequenti rapporti. Questo indica l'efficacia dei provvedimenti presi in proposito e la loro buona esecuzione. In costante diminuzione è la febbre tifoide nei centri urbani, mentre si mantiene ancora persistente nelle campagne. Per la malaria, ricordiamo la promulgazione dei nuovi provvedimenti che, uniti a quelli sulla bonifica integrale, assicurano delle armi efficaci contro tale malattia.

Malattia sociale che richiama la più intensa azione è la tubercolosi, per cui sono note le provvidenze istituite dal Governo fascista. Diamo qualche cifra: i Consorzi provinciali hanno introitato 104 milioni di lire e l'Assicurazione obbligatoria circa 140 milioni. I Dispensari sono saliti a 406 (da 108 nel 1924); il numero dei posti-letto è ora di 37.018; quello dei preventori di 111, con 19.752 ricoverati. Segno assai confortante è la diminuzione della mortalità che, da 15,6 per 10.000 abitanti nel 1924, è passata a 7,6 nel 1933.

Notevole è l'interessamento della Direzione Generale di Sanità Pubblica per l'attività mutualistica e per una più efficiente e più estesa azione assistenziale in prò delle categorie meno abbienti. Vari sono, ormai, gli Enti che provvedono all'assistenza sanitaria e si tratta ora di coordinare l'opera fra di loro e con quella dei Comuni e delle Opere Pie, stabilendone i rapporti in unione all'Amministrazione civile ed al Ministero delle Corporazioni. Problema vasto e complesso, che va affrontato con grande cautela ed in piena cognizione di causa.

Segnaliamo inoltre, l'attività svolta per la disciplina delle professioni sanitarie, la repressione dell'esercizio abusivo, le specialità medicinali, con promulgazione della nota legge che colpisce il così detto « comparaggio », ecc.

Negli « Allegati », si trovano tutte le disposizioni in materia sanitaria emanate nel 1933, nonchè molte notizie e dati statistici in argomento, fra cui specialmente particolareggiati quelli riguardanti i servizi antitubercolari. *fil.*

(1) Sui fatti e sui provvedimenti più notevoli riguardanti l'igiene e la sanità pubblica nell'anno 1933. Un vol. in-4°, di pag. 387. Istituto Poligrafico dello Stato, Roma, 1934.

La lotta contro la malaria.

Il regio decreto 28 gennaio 1935-XIII n. 93 pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » n. 49, approva il regolamento per l'applicazione delle norme volte a diminuire le cause della malaria.

Il regolamento consta di 68 articoli e tratta delle zone di endemia malarica e dei doveri delle autorità del luogo; del Comitato provinciale per la lotta contro la malaria; dei compiti della Provincia, dei compiti dei Comuni e di altri Enti; dei provvedimenti assistenziali, della profilassi antianofelica e delle denuncie dei casi di malaria e dei decessi.

Cronaca del movimento professionale.

Contributi sindacali per il 1935.

La quota per la tessera e il contributo associativo dovuti dagli iscritti alle Associazioni sindacali aderenti alla Confederazione Fascista dei Professionisti e Artisti per l'anno 1935 sono fissati nella seguente misura:

Tessera L. 10; Contributo associativo — applicato in base al reddito accertato in dipendenza della propria attività, ai fini dell'applicazione dell'imposta sui redditi di R. M. — professionisti e artisti con reddito fino a L. 5000, L. 20; professionisti ed artisti con reddito superiore a L. 5000 e sino a L. 10.000, L 30; per i professionisti e artisti non accertati agli effetti dell'imposta di R. M. il contributo è stabilito in L. 10.

Sindacato Fascista Medici di Roma e Provincia.

Il Sindacato comunica quanto appresso:

Nell'interesse del pubblico e dei malati, a tutela dei quali il Regime ha impartito provvidissime disposizioni, e ad evitare che il pubblico venga attratto da seducenti *réclames*, che tendono a mettere gli ammalati in diretto rapporto con gli esercenti di arti ausiliarie sanitarie, sottraendoli agli indispensabili consigli e prescrizioni dei medici competenti, con danni, spesso gravissimi, dei malati stessi, questo Sindacato rende noto che le disposizioni del Regime proibiscono tassativamente:

Agli ottici di diagnosticare i difetti della vista e di prescrivere lenti. Agli ernisti di prendere direttamente misure e modelli sul malato senza previa prescrizione del medico e collaudo del cinto, il che, implicando un severo controllo, non può certo essere fatto da eventuali medici di fiducia dell'ernista.

Alle infermiere, infermieri, massaggiatori, di eseguire massaggi senza il controllo del medico curante, e di praticare iniezioni, bagni a scopo terapeutico, frizioni, bendaggi, impacchi, cataplasmi, lavande ecc., senza prescrizione del medico curante.

Si raccomanda quindi agli ammalati di presentarsi ai detti esercenti sempre con la prescrizione di un medico di loro fiducia, e di far controllare da esso l'eventuale cura e l'applicazione.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARI. *Consorzio Prov. Antitubercolare « Vitt. Em. III »*. — Direttore e aiuto del Preventorio « Eduardo Germano » di Molfetta; stipendi lire 14.000 e L. 12.000; indenn. serv. att. L. 4000 e L. 2500; assegno fisso L. 2000 spese di viaggio; rispett. 3 trienni e 4 quinquenni dec.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10. Scad. ore 12 del 31 marzo. Per le altre condizioni chiedere annunzio alla Segreteria del Consorzio, via Dante Alighieri 42.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Medico assistente; L. 4500 oltre un supplemento di L. 1020; riduzioni e ritenute; percentuale proventi Sezione tassa L. 25. Chiedere annunzio. Scad. ore 17 del 30 marzo. Rivolgersi Segreteria.

CANOSA DI PUGLIA (*Bari*). *Ospedale « Caduti in Guerra »*. — Scad. 10 aprile; chirurgo primario; titoli ed esami. Rivolgersi alla Congregaz. di Carità.

LECCE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Posto di Direttore del Consorzio - Direttore del Dispensario Provinciale Antitubercolare: stipendio annuo iniziale L. 17.000, con cinque aumenti quadriennali del decimo, sino a raggiungere il massimo di L. 25.500, oltre il supplemento di servizio attivo di annue L. 5.000. Tali assegni sono al lordo dell'imposta di R. M., delle riduzioni di cui ai RR. DD. 20-11-30, n. 1491 e 14-4-1934, n. 561, e del contributo alla Cassa di Previdenza per i Sanitari. Età non maggiore di anni 40 salvo eccezioni di legge. Scadenza ore 12 del giorno 20 aprile 1935-XIII. Obbligo della residenza fissa nel Capoluogo. Chiarimenti presso la Segreteria del Consorzio.

ROMA. *Regi Istituti Fisioterapici Ospitalieri.* — Concorso a 3 posti di tecnici preparatori di laboratorio nell'Istituto Regina Elena per lo studio e la cura dei tumori; scad. ore 12 del 6 aprile; titoli ed esami. Licenza di scuola media o diploma di scuola professionale o certificato di aver prestato servizio almeno tre anni in un Istituto scientifico in qualità di tecnico preparatore. Assegno L. 24 giornaliere e tre quinquenni di L. 500 annue, oltre l'aggiunta di famiglia. Anno di prova (9/10 della paga giornaliera).

TRIESTE. *Cassa Provinciale di Malattie.* — Scad. 16 marzo, ore 18; tre medici generici, per un rione di Trieste, per uno di Monfalcone e per il rione di Ronchi dei Legionari; rivolgersi alla Direzione, via dei Gelsi 15, chiedendo condizioni.

CONCORSI A PREMI.

Propaganda per la difesa contro il cancro.

La Sezione di Bari della Lega italiana per la lotta contro il cancro bandisce, tra i medici italiani, un concorso per un opuscolo di propaganda per la difesa contro il cancro. I manoscritti, che non debbono oltrepassare sedici pagine di stampa in corpo 9 formato 16°, debbono essere non firmati ma contrassegnati da un motto ripetuto su di una busta in cui è chiuso il nome e l'indirizzo dell'autore, e debbono pervenire raccomandati al prof. Luigi Ferrannini, direttore della R. Clinica Medica di Bari entro il 30 giugno 1935.

Un'apposita commissione del Consiglio direttivo della suddetta sezione di Bari aggiudicherà un premio di trecento lire al miglior lavoro, che resterà di proprietà della sezione stessa.

NOTIZIE DIVERSE.

4° Congresso internazionale degli ospedali.

Come abbiamo annunziato, dal 19 al 26 maggio si terrà in Roma il IV Congresso Internazionale degli Ospedali.

Il Congresso è chiamato a discutere importanti relazioni su temi che contemplano tanto l'organizzazione tecnico-sanitaria che quella amministrativa degli Ospedali. È anche all'ordine del giorno una serie di relazioni ufficiali sul ruolo dell'Ospedale nel quadro sistematico dell'assistenza sociale.

I precedenti Congressi furono tenuti ad Atlantic City nel 1929, a Vienna nel 1930 ed a Knocke-sur-Mer nel 1933.

Oltre alle relazioni ufficiali verranno lette e discusse molte importanti comunicazioni d'indole scientifica e pratica.

Precederà il Congresso un viaggio di studio a Milano, Torino, Genova e Firenze e seguirà un viaggio nell'Italia meridionale, in Sicilia ed a Tripoli.

Il Comitato ha deciso che durante il Congresso sia aperta una Mostra degli Ospedali Italiani e una Esposizione di Materiale Ospedaliero di esclusiva produzione italiana.

Mostra ed Esposizione sono destinate a far vedere quale sviluppo ha preso l'organizzazione ospedaliera, quali le sue caratteristiche storiche, quali gli importanti nuovi Istituti sorti nell'ultimo decennio, e quanta produzione italiana è a disposizione dei nostri Istituti.

Il lavoro di organizzazione delle due manifestazioni è stato affidato a due segretari generali, ambedue con sede nell'Ospedale di S. Spirito in Roma, e la cui opera procede naturalmente di conserva.

Segretario generale del Congresso è il dott. Edoardo Ligorio. Segretario della mostra è il prof. Nicola Sforza.

10° Congresso internazionale di chirurgia.

Il 10° Congresso della Società internazionale di Chirurgia si terrà al Cairo dal 30 dicembre 1935 al 5 gennaio 1936. Temi: « Chirurgia delle paratiroidi », « Chirurgia del simpatico lombare », « Chirurgia del colon (eccettuato il cancro) », « Condizioni chirurgiche della bilharziosi »; tra i relatori figurano, per l'Italia, i proff. A. Chiasserini e M. Donati. Dell'importante congresso daremo ulteriori notizie.

Compagnie italiane di viaggi stanno organizzando le gite su piroscafi italiani; si pregano perciò i soci italiani di non impegnarsi per ora a partecipare a combinazioni di viaggi già preparati da compagnie straniere.

Delegato per l'Italia della Società Internazionale di Chirurgia è il prof. Roberto Alessandri, direttore della R. Clinica chirurgica di Roma.

3° Convegno tridentino di tisiologia.

Il terzo convegno della Sezione per la Venezia Tridentina della Federazione Nazionale Italiana Fascista per la Lotta contro la Tubercolosi si è adunato a Bolzano e Merano il 16 dicembre, sotto la presidenza del prof. Umberto Carpi, assistito dal segretario prof. Vittorio Lubich. L'inaugurazione ebbe luogo con solennità, nel salone dell'Amministrazione provinciale di Bolzano, ove furono anche iniziati i lavori, poi continuati nella sala del Casino di Merano.

Furono discusse due relazioni: una del prof. U. Carpi sui « Criteri clinici di orientamento nella terapia della tubercolosi polmonare »; l'altra del prof. G. Cevelotto, sulle « Funzioni degli Istituti curativi clinico-ospedalieri nella lotta antitubercolare »; seguirono varie comunicazioni.

La discussione su queste comunicazioni fu ripresa in una ulteriore seduta, tenutasi ad Arco il 20 gennaio. Seguirono altre comunicazioni.

Una riunione antitubercolare del clero genovese.

Ha avuto luogo il 2 marzo a Genova, per iniziativa della sezione Ligure della Federazione nazionale fascista antitubercolare, una riunione del clero, sotto la presidenza del cardinale Minoretti, arcivescovo di Genova. Scopo della riunione era d'invocare la collaborazione del clero alla lotta antitubercolare. La riunione riuscì assai numerosa: i sacerdoti presenti erano oltre trecento.

Per la sezione parlò il sen. Maragliano, che la presiede unitamente al sen. Pende. L'illustre clinico esordì ricordando che il Capo del Governo Fascista ha proclamato che la lotta contro la tubercolosi è obbiettivo fondamentale e scopo di essa è redimere l'umanità dal tributo di giovani vite che paga alle malattie tubercolari. Espose le verità fondamentali che la scienza, ispirata da Dio, ha conquistato e sintetizzò i termini della lotta. Rilevò infine che la sola vaccinazione si può estendere alle grandi masse. In Italia il Governo Fascista l'ha ripetutamente raccomandata e ne propugna in tutti i modi l'attuazione.

L'oratore è stato vivamente applaudito. Il card. Minoretti ha ringraziato il sen. Maragliano e soggiunto che il clero seguirà con zelo i suggerimenti dell'illustre clinico.

Conferenza del prof. Bocchetti.

Il prof. Federico Bocchetti, segretario generale della Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi, ha tenuto una conferenza al Lyceum di Roma, illustrando l'organizzazione del Regime fascista nella lotta contro la tubercolosi. Egli ha in modo particolare ampiamente esposto quanto è stato realizzato nel campo profilattico ed assistenziale e quanto si profila negli ulteriori vittoriosi sviluppi della lotta, che tende a liberare il popolo italiano dalla più grave delle sciagure umane. Ha annunziato, illustrandola nella sua finalità, la imminente organizzazione della « prima settimana nazionale della diagnosi precoce », che tende ad orientare il pubblico verso i dispensari antitubercolari.

Infine l'oratore ha fatto una rapida sintesi di tutta l'opera sociale svolta dal Regime fascista per la difesa della razza, che ci mette all'avanguardia tra le varie nazioni.

Un po' dovunque.

Il 4° Congresso della Societas Oto-Rhino-Laryngologica Latina è indetto a Bruxelles dal 20 al 23 settembre, sotto il patronato dei Reali del Belgio; il Comitato d'onore comprende il Presidente del Consiglio belga; presidente del Congresso è il Dr. Buys di Bruxelles; segretario generale il dott. Chavanne di Lione. Tra i numerosi relatori figurano, per l'Italia, i proff. Bruzzi, Calamida, Carnevale, Citelli, Ferreri, Malan, Ricci, Traina; uno dei tre conferenzieri sarà il prof. Malan. La

quota è fissata in 100 franchi francesi per i congressisti, 50 per le persone di famiglia; va indirizzata al segretario generale (Conto chèques postaux 461.28, Lyon).

L'11° Congresso annuale dei medici radiologi di lingua francese avrà luogo a Bruxelles dal 30 luglio al 3 ottobre; il comitato è presieduto dal dott. Z. Gobeaux di Bruxelles; segretario ne è il dott. Dariaux di Parigi.

Data l'importanza e lo sviluppo degli studi di Medicina delle Assicurazioni, per iniziativa del prof. Arnolfo Ciampolini s'intende costituire una Società Italiana di Medicina delle Assicurazioni che potrebbe raccogliere centinaia di soci con l'adesione di tutti coloro che traggono la loro fonte di vita spirituale ed economica dallo studio e dall'esercizio della Medicina delle Assicurazioni. Le adesioni a questa iniziativa dovranno essere inviate al prof. dott. Arnolfo Ciampolini, via Pallavicino 22, Milano.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata l'11 e il 18 gennaio e il 1° febbraio, sotto la presidenza del prof. G. Ravasini, assistito dal segretario dott. G. Robba. Furono fatte comunicazioni da: G. Battigelli (2 comunic.), P. Pincherle, G. Robba, B. Ulcigrai, M. Geyer.

La Scuola di applicazione di sanità militare ha inaugurato l'anno accademico il 27 febbraio nell'aula magna della scuola, dinanzi alle autorità civili e militari e degli allievi ufficiali medici. Dopo un discorso del direttore, generale Mazzetti, l'on. prof. Pentimalli ha tenuto la lezione inaugurale sul tema « I fattori realizzanti lo sviluppo del cancro ».

Il 2° corso internazionale di chirurgia riparatrice, plastica ed estetica avrà luogo dal 29 marzo al 15 aprile a Parigi (Hospice des Enfants assistés), Praga (Istituto di chirurgia riparatrice della Facoltà) e Milano (Padiglione Mutilati del viso). Rivolgersi al dott. Claoué, rue Scheffer 39, Paris XVIe.

Il 41° corso di perfezionamento sulla terapia medica e idrologia si svolgerà, presso l'Università di Parigi, dal 1° al 13 aprile sotto la direzione del prof. Maurice Villaret; concernerà le affezioni vascolari, renali, reumatiche ed umorali vegetative. Il 43° corso, dal 6 al 20 maggio, riguarderà le malattie del tubo digerente, del fegato e della nutrizione; sarà integrato da una visita a Vichy. Quota per ogni corso: 200 franchi. Chiedere il programma al: Laboratoire d'Hydrologie et Climatologia Thérapeutiques de la Faculté de Médecine, Paris VIe.

Il prof. Pisu, docente di batteriologia e immunologia, ha tenuto a Roma una conferenza su « L'igiene dello sport ».

Il Sindacato Medico Provinciale Fascista di Milano, in accordo col prof. Prassitele Piccinini, uno dei Commissari della Fiera Campionaria di Milano, sta organizzando la tradizionale Giornata Medica, fissata per il 25 aprile. Nell'occasione l'Accademia Medica Lombarda promuoverà una Riunione straordinaria sulle onde corte in biologia e in medicina.

Il Re ha ricevuto in privata udienza il prof. Giuseppe Franchini, il quale gli ha presentato in omaggio il suo nuovo trattato di patologia e parassitologia dei paesi caldi.

Il Principe di Piemonte ha visitato l'Ospedale degli Incurabili di Napoli, soffermandosi nei vari reparti e interessandosi ai lavori di definitiva sistemazione.

L'on. Bruno Biagi ha visitato le Terme Operaie aperte in Salsomaggiore, un paio di anni or sono, dall'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale.

L'Accademia delle Scienze della Russia è stata trasferita da Leningrado a Mosca; essa costituirà, nell'Unione sovietica, la più alta istituzione scientifica, organo ufficiale di consultazione, presso il Governo, per tutti i problemi riguardanti la scienza e le sue applicazioni sociali. I quadri dell'Accademia sono stati ringiovaniti ed allargati.

Presso la Casa Imperatrice Federico di Berlino verrà costituito un Museo medico storico, dal « Collegium medico-chirurgicum » dell'Università; vi saranno raccolti numerosi strumenti, disegni, documenti ecc.; tra l'altro, vi figureranno il primo oftalmoscopio di von Helmholtz, il microscopio di Koch, la mano artificiale di Götz von Berlichingen ecc.

L'architetto Otto Onegger, morto a Zurigo, ha lasciato alla città la somma di circa 500.000 franchi svizzeri, per la costituzione di un fondo intitolato al suo nome e destinato a mantenere dei letti per l'assistenza gratuita nella sezione medica e in quella chirurgica dell'Ospedale Cantonale di Zurigo.

L'Università di Edimburgo ha fissato le norme per amministrare la somma di 103.771 sterline (6 milioni di lire it.), legatale dalla sig.a Annie Mina Cameron, vedova del colonnello medico Lewis Cameron; è destinata a compensare le migliori ricerche di batteriologia o sulla diagnosi delle malattie, compiute da studenti dell'Università.

Una legge andata recentemente in vigore nell'Inghilterra stabilisce che, in casi d'infortuni automobilistici, il medico che presta assistenza di pronto soccorso deve essere compensato, in ragione di 12 scellini e 6 pence (oltre 6 pence per ogni miglio di percorso al di là di 2 miglia). Lo stesso compenso è dovuto agli ospedali che prestano le prime cure. Il compenso deve essere corrisposto dal proprietario del veicolo in cui sono i feriti o che ha provocato il ferimento di estranei. Qualora venga poi accertata che la colpa è di altri, egli ha diritto di rivalsa. Le società di assicurazione devono sempre corrispondere quanto compete ai medici o agli ospedali; le clausole restrittive dei contratti d'assicurazione sono nulle.

L'Associazione dei medici specialisti dell'Austria ha dettato le norme che definiscono le condizioni per il riconoscimento di specialista qualificato da parte dell'Associazione, la quale ha carattere privato. Qualunque medico può dirsi specialista; ma per essere qualificato dall'Associazione, occorrono 4-5 anni di esercizio in istituti o reparti specializzati (4 anni per le specialità mediche, 5 per quelle chirurgiche), dei quali una parte può essere dedicata a rami affini a quello prescelto.

È entrato nel 25ª anno di vita lo « Jahreskurse für ärztliche Fortbildung », periodico di revisione annuale dei progressi della medicina; esce mensilmente; ogni numero riguarda un ramo definito della medecina. Rivolgersi a: I. F. Lehmanns Verlag, München 2 SW, Germania.

Il prof. Prassitele Piccinini, in memoria di Andrea Bacci, assertore delle Terme « totius orbis », gli ha dedicato una tavola in policromia, ove la figura del grande elpidiano sovrasta un disegno geografico dell'Italia, recante l'indicazione delle principali Stazioni idrotermali e marine. Il dott. G. Borromeo, esortato dal Piccinini, provvederà a farne omaggio a tutti i medici d'Italia.

Nella « Deutsche Aerzneitaxe », che regola le competenze per le prestazioni professionali dei farmacisti in Germania, sono state aggiunte, per il 1935, 92 droghe vegetali nostrane, in considerazione dello sviluppo assunto dalla fitoterapia domestica non soltanto tra i profani, ma anche tra i medici. Vi figura la voce nuova: « mescolanze di parti tagliuzzate di piante ».

Da un censimento eseguito nel 1934 è risultato che la popolazione di Vienna raggiungeva 1.874.618 abitanti, il che segna una diminuzione di 142.000 rispetto al 1914. La natività nel frattempo si è ridotta incirca del 50 %. Gli ebrei raggiungono incirca il numero di 178.000, contro 200.000 nel 1914; la natività degli ebrei si è ridotta, nel frattempo, incirca del 60 %.

Il Municipio di Napoli ha deciso che sorga nei giardini di piazza Cavour, di fronte all'Ospedale degli Incurabili, un ricordo marmoreo a Mariano Semmola, che onorò nel secolo scorso la clinica medica napoletana. Il busto è una pregevole opera dello scultore Jerace.

Nell'Università di Gottinga è stato tolto l'insegnamento al docente privato dott. Saller, perchè l'« Ufficio della politica razziale » ha trovato che, sotto il manto di un corso biologico, egli compiva una propaganda politica contraria a quella del Governo.

La dott.a Martha M. Eliot, che dal 1924 presiedeva alla divisione d'igiene infantile e materna del « Children's Bureau » degli Stati Uniti, ha ora assunto la direzione di questa grandiosa istituzione. La Eliot ha moltissime benemerenze, così nel campo scientifico (eziologia del rachitismo, pediatria preventiva), come in quello sociale.

Il Tribunale Penale di Milano ha condannato ad un anno di reclusione e 5000 lire di multa un farmacista della città che aveva, quale concessionario del servizio di dispensa dei medicinali ai poveri, consegnato medicinali non rispondenti alle prescrizioni. La colpa venne acclarata da un'inchiesta condotta dall'Ufficio d'Igiene e dal Direttore del Servizio farmaceutico comunale.

Il dott. Julian Para, medico titolare (condotto) a Cantalejo (Segovia), in Spagna, è stato assalito da un'orda di forsennati, partigiani di due altri medici — due fratelli, stabilitisi nello stesso paese — e ridotto in tali condizioni che dopo alcune ore moriva. La « Medicina Ibera » del 23 febbraio, che dà la notizia, parla di « cannibalismo ».

Si è spento il gr. uff. prof. dott. RINALDO CASSANELLO, primario chirurgo emerito dell'Ospedale Civile Vittorio Emanuele II di La Spezia.

Nato a Pegli nel 1872 fu allievo del Ceci nella Clinica Chirurgica di Pisa. Ricoprì quindi il posto di Chirurgo Primario nello Spedale di Chiari, e dal 1913, in quello di La Spezia. Nel 1933, minata la Sua forte fibra per il lavoro di tanti anni, aveva dovuto abbandonare l'esercizio professionale.

Docente in Patologia speciale chirurgica e in clinica urologica, pure nell'assillante lavoro di un grande Ospedale, coltivò sempre lo studio che completa e perfeziona l'esercizio pratico. La pubblicazione di numerose monografie fra le quali figurano interessanti osservazioni, frutto della Sua grande esperienza, sta a testimoniare il fine intuito clinico e la rara perizia di questo Chirurgo, veramente completo e perfettamente equilibrato.

Il Suo amore di studioso lo spinse a fondare la Società di Cultura Medica della Spezia della quale, fino a pochi giorni prima della fine, fu fervente animatore.

Alle doti elette di mente corrispondevano quelle del cuore: che lo spinsero a capo di Istituzioni benefiche quali la Società di Pubblica Assistenza e la locale Sezione della C. R. I.

È ancora grandissimo merito del Cassanello l'avere dato impulso alla lotta contro il cancro: alla Sua attività l'Ospedale Civile di La Spezia deve la dotazione di 200 milligrammi del prezioso radium.

Alla memoria di questa bella figura di Professionista e di Benefattore, va commosso e riconoscente il pensiero dei Colleghi che tanto lo hanno ammirato e apprezzato, e della schiera innumerevole dei malati che dalle Sue cure sono stati ridati alla vita. MAURIZIO BUFALINI.

È defunto a Lione il prof. VICTOR ROCHET, professore onorario di clinica chirurgica delle vie urinarie in quella Università.

Allievo di Ollier, dopo essersi dedicato alla chirurgia generale, con speciale predilezione per la chirurgia ossea, passò brillantemente alla chirurgia urinaria, ancor giovane allora. Mentre oggi a Lione vi è uno stupendo Istituto (da Lui disegnato), Egli pur nel vecchio e modesto quartiere all'Ospedale dell'Antiquaille seppe creare un importante centro di studi.

Fu tra i primi a occuparsi di chirurgia della prostata (1898); pure fra i primi, se non il primo a eseguire cistectomie totali per cancro e nel suo volume « Chirurgie de la Vessie Basse » consacrò la sua vasta esperienza su questa importante materia.

Ma il maggior merito che a Lui deve essere attribuito, si è per avere sistematizzato con la derivazione delle urine mediante la sectio alta e lo stoma temporaneo, tutte le operazioni che di poi sono state studiate e eseguite sull'uretra posteriore, per plastiche, stenosi, fistole vescico-vaginali ecc. Egli ideò anche lo sdoppiamento dei lembi, con rifacimento delle pareti a due piani, nelle fistole vescico-vaginali alte, da operare per via intravescicale. Aveva molti amici in Italia, che lo rimpiangono: fu Socio Onorario della nostra Società di Urologia. AUGUSTO CASSUTO.

È morto a Napoli il prof. GAETANO CORRADO, emerito di medicina legale in quell'Ateneo. Volontario durante la guerra, diresse l'Istituto di rieducazione per i mutilati. Rivestì due volte la carica di preside di Facoltà. Lascia numerose pubblicazioni scientifiche. M. P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Practitioner, gen. — Numero sulle malattie del torace.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 dic. — Numero di anatomia patologica.

Riv. di Patol. nerv. e ment., nov.-dic. — C. BERLUCCHI. Speciale forma di grave frenastenia accompagnate da miosclerosi. — G. PELLACANI. Componente neurovegetativa degli stati ansiosi. — P. RADAELLI e A. PREVITERA. Idrocefalo interno sperimentale. — O. MECO. Scarsità di reazione piretica nei dementi precoci.

Pathologica, 15 dic. — G. PRUSSI. Lesioni epatiche e colecistiche da associazioni ipo-schizomicetiche. — L. ANTOGNETTI. Studi sull'imbibizione. — S. LIDDO. Brucellosi aviaria spontanea.

Journal A. M. A., 15 dic. — P. S. PELOUSE e al. L'infezione gonococcica.

Arch. Sch.- u. Tr.-Hyg., gen. — M. SALAH e A. HASSAN. L'antimonio nel trattam. della schistosomiasi. — H. RUGE. La funzione epatica nella malaria recente.

Münch. Med. Woch., 3 gen. — W. H. WEIL. Le malattie dell'ipofisi. — W. KELDE. Errori diagnostici in ginec. — M. NADOLECZNY. La raucedine cronica.

Presse Méd., 2 gen. — J. ARLOING e L. LANGERON. Desensibilizzazione e insensibilizzazione.

Deut. Med. Woch., 4 gen. — MORAWITZ. Terapia medicamentosa delle cardiopatie scompensate.

Med. Klinik, 4 gen. — L. ASCHOFF. La concezione di malattie allergiche. — Referendum sul sistema endocrino nel diabete.

Gaz. d. Hôp., 5 gen. — H. NETTER. L'edema acuto del polmone.

Paris Méd., 5 gen. — Numero sulla tubercolosi.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 18 Marzo 1935 - XIII Num. 11

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA.
Direttore: Prof. ANTONIO GASBARRINI.

Adenocarcinoma latente del corpo del pancreas.

Lezione clinica del Prof. A. GASBARRINI, direttore
raccolta dai dottori G. SOTGIU e C. CALABRESE, assistenti.

L'ammalata, di cui oggi tratteremo, presenta un insieme di manifestazioni, che rendono il caso veramente non comune. La discussione sarà laboriosa e, se il giudizio diagnostico, a cui noi perverremo, potrà essere in qualche punto incerto, non minore sarà per voi l'utilità che ne potrete trarre.

Vi riassumo l'anamnesi e l'obbiettività.

S. S., di a. 56, sarta, nubile. Niente sappiamo dei famigliari, essendo la paziente figlia di ignoti.

La p. non sa riferire nulla circa la propria anamnesi dei primi anni. Mestruò a 14 a. e le mestruazioni continuarono ad essere abbastanza regolari per epoca di comparsa e quantità. A 22 a. ebbe un figlio naturale da un uomo sano, il quale morì a 44 a. di ictus apoplettico. Il parto fu normale; la p. non allattò. La bambina morì ad un mese di età per croup difterico. Non ebbe aborti. A 45 a. intervenne la menopausa. È stata sempre moderata mangiatrice e bevitrice.

Anamnesi patologica remota. A sei anni pare che abbia sofferto di morbillo, in forma leggera; di questo guarì perfettamente. A 15 a. tenne il letto per una quindicina di giorni per una infezione tifoidea lieve; ebbe modica elevazione termica; durante tale malattia le mestruazioni si soppressero e non ricomparvero per due o tre mesi.

A 20 a. soffrì di anemia, che durò per circa due anni, con accentuazione durante l'estate. Tale malattia si accompagnava ad una leggera elevazione termica, a pallore, ad astenia profonda, talvolta a cefalea ed a senso di vertigine. La p. non sa se tale forma fosse accompagnata da epatosplenomegalia. Riferisce inoltre di essere diminuita notevolmente di peso. Fu curata con iniezioni a base di ferro e con dieta adatta. Migliorò notevolmente, ma non guarì, poichè residuò un senso di astenia leggera, che si accentuava durante la stagione estiva.

Nel 1918 (a 40 a.), durante l'epidemia influenzale, l'inferma ebbe una leggera forma febbrile, con un po' di tosse: stette a letto solo un giorno.

Fin da giovanetta è stata stittica, per cui abitualmente doveva ricorrere a purganti. Quando per molti giorni (3 o 4) non evacuava, la p. accusava forte mal di testa. Da giovanetta restava anche 8 o 9 giorni senza il beneficio dell'alvo.

La cefalea cessava quasi sempre dopo l'azione del purgante. Sette anni fa prendeva abitualmente, ogni giorno, purganti salini; dopo qualche mese dall'uso di tali purganti, questi le procuravano forti dolori addominali; li sospese e ricorse alla senna. Molto spesso, oltre a tali disturbi, accusava astenia, più forte di mattina, e lieve anoressia. Fino ad un anno fa ha emesso spesso degli ascaridi.

Da tre-quattro anni l'i. va soggetta a dolori addominali nell'ambito del quadrante superiore destro dell'addome, dolori a tipo colico, di intensità sempre modica, ed in nettissimo rapporto con le condizioni dell'alvo. Scompaiono per qualche giorno, quando evacua.

L'estate scorsa ebbe, per un giorno, forti dolori addominali a tipo colico e due scariche diarroiche; la p. li attribuì a causa perfrigerante.

Da molti anni la p. soffre di emorroidi. Non ha mai avuto perdite sanguigne rilevanti. I disturbi relativi non si sono recentemente accentuati.

Anamnesi patologica prossima. Nell'estate scorsa la p. ha avuto un periodo di relativo benessere; era ingrassata. Verso la fine di Agosto ed i primi di Settembre si era presentato un lieve malessere generale e debolezza. Sebbene le condizioni di nutrizione fossero floride, la p. si sentiva fiacca.

Una notte, circa la metà di Settembre, la p. accusò una dolenzia addominale diffusa, dei grandi rumori intestinali « come se avesse preso una purga » ed una punta un po' dolorosa fra l'ombelico e l'arcata costale sinistra. Durante la notte stessa ebbe due scariche alvine. Il giorno dopo si sentì abbastanza bene. Persisteva però il punto doloroso a sinistra, che molestò la p. durante tutto il giorno. Dopo 8 giorni di questi disturbi, essa si recò da un medico, il quale parlò di colite e le ordinò dei sali. La p. ne consumò due bottiglie. Prendeva un cucchiaio di sale ogni mattina. Il dolore a sinistra scomparve, ma rimasero i dolori a destra, che la p. accusa da molto tempo. Essi anzi divennero più intensi, mentre la p. notò lo stabilirsi di un senso di malessere generale e di astenia. I dolori lasciavano in genere tranquilla la p. durante il giorno e si presentavano di notte. Erano localizzati sotto l'arco costale destro, più in basso ed a tutto il fianco dello stesso lato. Nessun'altra irradiazione. Non ebbe mai dolori violenti, ma essa spesso aveva bisogno di lasciare il letto e girare per la casa, oppure li calmava con applicazioni calde, o comprimendo con la mano il fianco.

A letto doveva tenere il decubito supino. Sul decubito sinistro aveva un senso di stiramento doloroso, ed il decubito destro intensificava i dolori. Non vi fu mai nausea, nè vomito.

Non vi furono mai ripercussioni generali (sudore, ecc.). In seguito (fra Ottobre e Novembre) i dolori comparvero qualche volta anche di sera. A partire da quel periodo, la p. ha notato il comparire di frequenti borborigmi.

Durante questo periodo, qualche rara volta, la p. ha avuto singhiozzo. Soltanto da un mese a questa parte è venuto a mancare l'appetito. Non ha avuto mai eruttazioni acide, nè vomito, nè nausea.

In questo ultimo mese, oltre all'anoressia, ha notato senso di peso allo stomaco, alito pesante, bocca asciutta e cattiva.

La p. afferma che in questi due ultimi mesi è molto dimagrita; non sa peraltro precisare dati.

I conoscenti della p. hanno notato da qualche giorno, sulla cute del viso e sulle sclere, una tinta itterica, e la p. ha visto che le urine sono diventate scure. Per questo la p. si è finalmente decisa a farsi ricoverare in questa Clinica.

Esame obbiettivo. L'obbiettività ci dice trattarsi di una donna, dell'apparente età di anni 60, di cui notiamo anzitutto lo stato di deperimento ed il colore itterico dei tegumenti.

L'inferma non lamenta particolari disturbi, all'infuori di una notevole astenia.

È di statura poco inferiore alla norma. Di costituzione scheletrica normotipica. A carico dello scheletro si nota una lieve scoliosi sinistro-convessa della metà superiore della colonna dorsale, con curva di compenso inferiore. La spalla sinistra è un poco più alta della destra.

La cute è sottile, liscia, asciutta, uniformemente e normalmente calda, di tinta gialla, alquanto intensa al tronco ed al viso; è di un giallo tendente piuttosto al verde. La cute degli arti è, specie distalmente, molto meno colorata di quella del tronco. Intensamente colorate le sclere. Il viso è, inoltre, pallido, dalle carni sciupate, cascanti. Qua e là sul tronco si nota l'esistenza di minuscoli angiomi neviformi. La cute, molto sottile, aderisce ad un sottocutaneo spesso, inelastico, che mantiene a lungo le pieghe. Non esistono edemi, ma se si comprime con un corpo duro (piede dello stetoscopio) contro una superficie ossea (tibia, sterno), si forma un'impronta nettissima a margini duri e pallidi, durevole.

Il pannicolo adiposo è abbastanza sviluppato nell'addome, a struttura spiccatamente lobulare, flaccido. La muscolatura è discretamente sviluppata, ipotonica. Eccitabilità idiomuscolare marcata. All'esame del cavo orale: lingua con spessa patina bianca, asciutta; qualche dente mancante; alito fetido. Istmo delle fauci arrossato.

Apparato linfoghiandolare. Niente di notevole all'infuori di un nodulelto, grosso come un chicco di grano, di media consistenza, mobile, all'inguine di sinistra e di un altro simile alla fossa sopraclaveare di sinistra. Non si palpano altri nodi nelle comuni sedi.

Apparato respiratorio. Vie aeree superiori libere. Torace asimmetrico leggermente, per la già detta malformazione scheletrica. Angolo del Louis poco accentuato. Angolo epigastrico retto.

Ampiezza delle escursioni respiratorie alquanto ridotta a destra. Respiro di tipo toracico, di frequenza: 22 al 1'.

Con la palpazione, non si provoca dolore in nessun punto. Discreta elasticità della gabbia toracica in rapporto all'età. Il f. v. t. è abolito alla base destra, posteriormente sino alla punta della scapola e lateralmente in basso; al di sopra, esso è trasmesso con più intensità a destra che a sinistra.

Percussoriamente si rileva l'esistenza di una completa ottusità alla base destra, che posteriormente arriva sino a due dita trasverse sopra la punta della scapola. Il limite superiore di detta ottusità declina verso l'esterno, raggiungendo il margine superiore della ottava costa sull'ascellare media ed indi decorrendo orizzontalmente in avanti. Anteriormente non esiste un margine inferiore spostabile, bensì, circa al livello del margine superiore del fegato (quinto spazio sull'emiclaveare) una ottusità assoluta. L'angolo epato-

cardiaco non è occupato. I limiti della detta ottusità si spostano di pochissimo nei diversi decubiti. In corrispondenza della stessa, senso di resistenza molto aumentata.

Sulla regione soprascapolare sinistra, che è alquanto più sporgente (v.. sopra, malformazione) esiste discreta ipofonesi.

Non riduzione dell'ampiezza del campo di Kroenig.

Alla base sinistra, a ridosso della colonna vertebrale, esiste una piccola zona ipofonetica a triangolo di Grocco. Margine inferiore sinistro in sede, leggermente espansibile. Sulla regione sottoclavicolare destra, suono di percussione leggermente più alto.

Ascoltatoriamente, sulla base destra, posteriormente, respiro scarso, alterato nel timbro, che è nettamente soffiante, nasale e lontano nell'espirazione. Esiste netta egofonia e trasmissione integrale della voce afona. Non il segno del soldo per i versamenti liquidi. Ridotta trasmissione transtoracica. Sull'ascellare anteriore, al livello della quinta costa, si ode qualche debole rumore di sfregamento. In corrispondenza delle parti alte dell'emitorace destro: respiro aspro e qualche fatto bronchiale; a sinistra niente di notevole.

Apparato circolatorio. Itto non visibile, palpabile al quinto spazio, mezzo cm. infuori all'emiclaveare. Il margine destro non deborda dal margine destro dello sterno. Il margine sinistro è portato leggermente infuori (di circa 1/2 cm.). Il profilo del cuore è normale. Toni netti. Il secondo sull'aorta è breve, secco.

A carico dei vasi: esiste al giugulo una pulsazione, diretta dal basso all'alto, espansiva, abbastanza superficiale. Visibile la pulsazione delle arterie omerali. Non altri segni di alterazioni vasali. Polso radiale ritmico, compressibile facilmente, fiacco, frequenza 58 al 1'. Pressione arteriosa al Riva-Rocci: Mx. 118, Mn. 68; pressione Mx. agli arti inferiori, d'ambo i lati: 118.

Addome. L'addome è tondeggiante, simmetrico. La regione epigastrica è pianeggiante ed il suo confine inferiore è segnato da una piega trasversale, costituita dalle parti molli. Invitando l'inferma a respirare profondamente, non si apprezza nessun movimento di organi sottostanti, trasmesso ai tegumenti.

Con la palpazione, si esplorano non agevolmente i quadranti inferiori e le regioni laterali, per una facile reflessività, che induce una contrazione volontaria delle pareti. Si riesce tuttavia ad escludere l'esistenza di fatti anormali, al di fuori di una resistenza nel quadrante inferiore destro, imputabile al colon ascendente, poco precisabile nei suoi caratteri per le dette condizioni e la cui esplorazione risveglia accentuata dolenzia. Meglio si esplorano i quadranti superiori e l'area epigastrica. La palpazione accurata di questa rileva l'esistenza di una massa profonda, che ne occupa all'incirca tutta l'estensione, massa irregolare nel suo contorno, che arriva circa a 3 cm. dall'ombelico con un limite inferiore abbastanza netto, esplorabile con la palpazione profonda, limite orizzontale, non regolare, più sporgente a sinistra. I termini laterali di questo limite si perdono verso le arcate costali. La massa occupante tutta la parte alta dell'epigastrio, per una considerevole ampiezza, è pianeggiante, ma non presenta una superficie netta, liscia, sibbene, sembra, ondulata, per quanto permette di affermare la palpazione, data la profondità della massa stessa, e lo spessore e la struttura lobulare del grasso della parete. La massa è dura, quasi lignea, non spostabile minimamente, saldamente fissata ai piani profondi; nè si sposta durante i movimenti respiratorî. Trasmette bene l'impulso aortico, di dietro in avanti. Si ode su di essa distintamente un soffio rude, sincrono col polso. La palpazione della massa riesce alquanto molesta alla paziente, od addirittura dolorosa. Infossando con forza la punta del dito sotto l'apofisi ensiforme si provoca vivo dolore.

Lateralmente, due cm. al di sotto dell'arco costale, si palpa, nelle profonde inspirazioni, un margine alquanto duro, corrispondente per sede e decorso al margine epatico. Esso è indolente. La manovra di Murphy è negativa. Al di dentro dell'emiclaveare il margine epatico si perde.

Margine superiore del fegato: v. torace.

Il limite sinistro del fegato si fissa, percussoriamente, a quattro cinque cm. dalla linea mediana, lungo l'arcata costale.

Si palpa nelle profonde inspirazioni il polo inferiore della milza, debordante di un dito trasverso, duretto, indolente. Il limite superiore della milza è al limite superiore della 8ª costa; il diametro massimo di essa è di 13-14 cm., il minimo di 9.

L'esplorazione dell'area gastrica, percussoriamente, non mette in evidenza dati degni di rilievo. L'area di Traube è alquanto sviluppata. Schiacciando in sede pilorica, si avverte spesso un breve gorgoglio. Con la percussione: suono ipofonetico sulla massa, solo se si affonda fortemente il plessimetro. Esiste una lieve ipofonesi spostabile nelle parti più declivi dell'addome. Non fiotto. All'ascoltazione, non sfregamenti periepatici, nè perisplenici.

Sistema nervoso. — Riflessi profondi e cutanei tutti presenti e vivaci. Riflessi pupillari normali. Psiche integra.

Riassunto dei diari dal 13 *al* 20-I-1934, XII. — L'inferma è entrata in Reparto 8 giorni fa. Dal giorno del suo ingresso ad oggi la tinta itterica si è andata lentamente e continuamente intensificando. Le feci, prima un poco colorate, sono diventate, all'aspetto, del tutto acoliche. Le urine si sono fatte leggermente più scure. Si è anche accentuato il senso di astenia denunciato dall'inferma, la quale peggiora sensibilmente come aspetto e come nutrizione.

È stata sempre apirettica. L'alvo è rimasto sempre stittico.

In questo periodo la p. ha avuto tre volte dolori notevolmente vivi, del tipo di quelli che aveva a casa. I dolori sono comparsi tutte e tre le volte nella notte. Erano localizzati sotto l'ipocondrio ed al fianco destro, talvolta davano un senso doloroso di fascia. Non c'era iperestesia cutanea, nè parestesia. I dolori cedevano dopo un'ora o più alle applicazioni calde. Avevano, come decorso, un carattere colico. Mai c'è stata nausea o vomito. La p. accusa assoluta anoressia.

Quanto alle condizioni della massa addominale, essa è parsa diventare ancor più evidente durante la degenza.

Il secondo giorno si è praticata una puntura alla base toracica destra ed il giorno appresso si sono estratti 300 cc. di liquido. Entrambe le volte il liquido ha presentato i caratteri descritti nel referto speciale. Dopo l'estrazione, il livello del

liquido, che era due dita al di sotto della punta della scapola, è nuovamente cresciuto (v. esame obbiettivo).

Una puntura esplorativa, praticata in data odierna, nel quadrante inferiore sinistro dell'addome, ha dato esito a poche goccie di liquido giallo-citrino, limpido, che ha presentato all'esame una reazione di Rivalta debolissimamente positiva.

Ricerche di laboratorio. — Un primo esame di sangue, praticato il 12-I-1934, giorno d'ingresso della p., ha dato: glb. rossi 5.300.000; emoglobina 85 %; valore globulare 0,80; gl. bianchi 6000. Formula leucocitaria: linfociti 12 %, monociti 10 %, granulociti neutr. 77 %, eosin. 1 %. Non anisocitosi; non poichilocitosi.

Un secondo esame di sangue, praticato in data 20-I-1934, ha dato: glob. rossi 4.000.000; emoglobina 75 %; v. g. 0,9; glob. bianchi 4000. Formula leucocitaria: linfociti 12 %, monociti 4 %; granulociti neutr. 82 %, eosin. 2 %. Modica anisocitosi; non poichilocitosi.

L'esame delle urine, fatto all'ingresso, ha dato: colore: di birra; trasparenza: torbida; reaz. acida; P. S. 1012; traccie di urobilina; non albumina; non sangue; non zucchero; non indacano; presenza di pigmenti biliari. Al sedimento si ricontra: grandissimo numero di elementi figurati; qualche globulo bianco. Discreto numero di cellule di sfaldamento, alcune delle quali tinte in giallo; qualche cilindro jalino; non glob. rossi.

Un altro esame di urine, praticato il 20-I-1934, ha dato: colore: marsala carico; trasparenza: opalina; reaz. acida; P. S. 1028; albumina 0,75 ‰; non sangue; non zucchero; traccie minime di indacano; pigmenti biliari: presenti; reaz. di Haj: positiva. L'esame del sedimento mette in evidenza: discreto numero di cellule di sfaldamento colorate in giallo; scarsi globuli bianchi; numerosi cilindri jalini e jalino-granulosi; grande quantità di muco. Non glob. rossi.

Le feci sono grigio-giallastre, di aspetto tipicamente saponacee, omogenee. Al microscopio presentano abbondantissimi sapori; modica quantità di acidi grassi; rari grassi neutri; non fibre carnee; non granuli di amido. Reazione del sangue occulto: positiva, un po' tardiva, ma intensa. In qualche giorno le feci hanno presentato un aspetto un poco diverso: giallo-chiare, disgregate e con contenuto maggiore di grassi neutri.

Con particolare attenzione abbiamo dosata la bilina nelle feci. Essa ha presentato una continua riduzione (stria limite sec. Riva e Zoja dapprima ad 1:80, poi a 1:50 e 1:40) ed attualmente si mantiene da parecchi giorni fissa ad una cifra bassissima (1:30).

Esame del liquido pleurico: è un liquido di colore birra scura con schiuma verde. Esso separa grossi fiocchi fibrinosi e ricchi di sangue. P. S. 1022; albumina: 40 ‰; Rivalta positiva. Nel sedimento: moltissimi glob. rossi; glob. bianchi prevalentemente mononucleati (75 %). Non elementi atipici.

Esame dell'escreato: escreato scarso, siero-muco-purulento, verdastro, con striature di sangue, inodoro. Niente di notevole al microscopio. Ricerca del bacillo di Koch: ripetutamente negativa.

Liquido estratto dal cavo addominale: poche goccie di colore giallo, limpido. Rivalta debolissimamente positiva. Niente di importante nel sedimento.

Succo gastrico dopo colazione di Evald: quantità assai scarsa, con residui alimentari ben chimificati; notevole quantità di muco. Non sangue macroscopicamente. Acido cloridrico libero assente. Acidità totale: cc. 1,50 di soda n/10. Acido lattico assente. Al microscopio niente di notevole (specialmente elementi neoplastici). Reazione del sangue: positiva intensa.

Cutireazione alla Von Pirquet: debolmente positiva.

Intradermoreazione alla Casoni: negativa.

Ricerche speciali sul sangue: R. W. negativa; R. Meinicke T. e R. M. K.: negative; Reaz. di Hijmans van den Bergh, diretta ed indiretta: positiva intensa. Dosaggio della bilirubinemia, secondo Enriquez e Sivò (bilirubina totale): mmg. 8,8 %. Potere diastasico nel sangue, secondo Wolhghemuht: valore al limite inferiore della normalità.

Curva glicemica da carico (glucosio per os gr. 75), dosaggio, secondo Hagedorn-Jensen.

Glicemia a digiuno	g. 1,05 ‰
dopo 30'	» 1,92 »
» 1 ora	» 2,27 »
» 1,30'	» 2,36 »
» 2 ore	» 2,35 »
» 2,30'	» 2,18 »
» 3 ore	» 2,08 »

Glicosuria assente.

Prove emogeniche: negative.

L'indagine radiologica ha messo in evidenza: *Torace*: versamento pleurico D. di lieve entità. Ispessimento del setto mediano. Visibile la linea del Damoiseau. Abolite le escursioni dell'emidiaframma D.

Stomaco: allungato, atonico, destroposto. Peristalsi attiva. Piloro pervio. Bulbo a mitria, spinto medialmente dalla regione epatica. Normale la II e III porzione. Svuotamento in tempo medio. Nulla al tenue.

Rapido il progresso del pasto nel grosso intestino. Cieco in sede, mobile. Appendice normale, localizzata lateralmente. Modico grado di ptosi del trasverso. Dopo ore 6 dal pasto si vede iniettata, buona parte del discendente.

Conclusioni: non lesioni organiche del tubo digerente, nè segni indiretti di alterazioni della testa del pancreas. Mancano deformazioni da aderenze.

*
* *

Prima di addentrarci nella interpretazione diagnostica, rileviamo i dati più importanti dell'anamnesi e dell'obbiettività. A 20 anni questa donna ha sofferto, per un discreto periodo di tempo (due anni), di disturbi vaghi, riferiti ad anemia; dobbiamo ricordarli perchè ora siamo davanti ad una epato-splenomegalica ed itterica. Si sarà trattato, per avventura, di una sindrome anemica da splenomegalia emolitica? I pochi dati che ci sono riferiti non confortano questa ipotesi. Mentre niente sappiamo degli ascendenti dell'inferma, non risulta che in quel periodo l'ammalata fosse itterica, nè che allora, nè mai, abbia sofferto di quell'insieme di disturbi qualificabili come crisi spleniche, crisi biliari od epatiche, che si osservano facilmente nei sog-

getti con ittero emolitico, specie nelle fasi di deglobulizzazione. La lunga intermissione dei disturbi ed infine il carattere degli attuali, che non è, come vedremo, quello proprio della sindrome emolitica, ci allontana da questa ipotesi. Similmente non abbiamo elementi di qualche valore per ammettere una febbricola t.b.c. con anemia. È più probabile che si trattasse semplicemente di una sindrome cloro-anemica, più o meno dichiarata, accompagnata da quei disturbi così facili a verificarsi nelle fanciulle. Difatti la amenorrea, che in quel periodo si stabilì, rientra propriamente in questo quadro.

Si può restare incerti sull'epoca d'inizio dell'attuale malattia, quando si noti che, da circa quattro anni, la nostra inferma presenta dei disturbi addominali. È vero che essa ha cominciato a soffrire nello stato generale solo dal Settembre scorso e che è itterica soltanto da una diecina di giorni; ma potrebbe darsi che l'affezione (calcolosi epatica? appendicite cronica?) covasse da così lungo tempo, e che complicazioni recenti abbiano portato ad un tale aggravamento del quadro. L'ulteriore valutazione di tutti i dati clinici potrà dirci una parola sicura al riguardo; ma noi possiamo notare sin d'ora che i dati anamnestici non confortano questa supposizione, se siano ben considerati.

I caratteri dei dolori, che l'ammalata denunciava al quadrante superiore D., e più o meno diffusi a tutto l'addome, non sono quelli dei dolori da colica biliare — che voi ben ricordate — nè per la durata, nè per il periodo di insorgenza, nè per la diffusione e per i disturbi collaterali. Per analoga ragione non possiamo pensare si trattasse di coliche renali, tanto più che l'inferma non ha mai accusato disturbi urinarî di nessun tipo. Una appendicite cronica? Ma i dolori erano prevalentemente alti, non vi è mai stata febbre, nessuna sintomatologia gastrica riflessa, ed il complicarsi della sintomatologia presente non può logicamente essere attribuita ad una tale origine.

Avete sentito parlare di massa, di sospetto di versamento addominale. Potreste pensare che una condizione peritonitica, dovuta a qualche germe, che agisca con estrema lentezza, fosse responsabile di quegli antichi disturbi, oppure ad una peritonite t.b.c., e ricordate che si è anche parlato di una peritonite lenta, che rientra nel quadro delle croniosetticemie di Loewenardt. Ma invero noi non sapremmo trovare nessun elemento che parli per la natura infiammatoria di quei fatti, a prescindere da molte altre considerazioni che si potrebbero fare a riguardo. Ci contentiamo di rilevare che questa i. non ha mai avuto febbre, che non vi è stata nessuna continuità nei disturbi e nessuna progressione. Al contrario, come avete sentito, le condizioni generali dell'i. si sono mantenute sempre ottime, anzi, nella primavera e nell'estate scorsa, esse erano diventate ancora più floride e la donna era alquanto ingrassata.

Non dobbiamo dimenticare, invece, che era una stittica, tanto da abbandonarsi spesso ad un vero abuso di purganti. Questa semplice condizione può spiegarci, da sola, quei dolori dai caratteri che avete sentito. I disturbi collaterali, che ad essi si accompagnavano (cefalea ed inappetenza) rientrano pure a pennello nel quadro della stipsi cronica. Se aggiungiamo ancora che nello stesso periodo di tempo l'inferma era affetta da elmintiasi (ascaridi), abbiamo un elemento di più per giustifiacare la pregressa sintomatologia dolorosa, senza ricorrere ad alcuna delle ipotesi dianzi prospettate.

Invece nel Settembre scorso, cioè circa 4 mesi or sono, questa donna ha incominciato a non sentirsi più bene, ha notato una diminuzione di appetito, una pesantezza epigastrica post-prandiale, un senso di astenia ed un dimagramento vieppiù crescente; e solo da una diecina di giorni si è stabilita una itterizia subdolamente, senza febbre, senza dolori, a decorso lento, progressivo.

E da parte dell'obbiettività: un fegato modicamente ingrandito, non duro, liscio, indolente, anche in sede cistica, dove non si palpa la cistifellea; una milza modicamente ingrandita, dura, liscia, indolente; una massa profonda in sede epigastrica, fissata alla parete posteriore e con i caratteri che vi ho già denunciato; un versamento pleurico a D. abbondante ed un versamento addominale iniziale, il primo di tipo essudatizio, poco pronunciato; infine un ittero, del quale, la positività della reazione di H. v. d. Bergh diretta, la coluria e la colaluria intense, l'ipobilinia fecale, ci indicano la natura meccanica. Questi i dati dell'obbiettività, che dovete tenere in maggior rilievo.

Itterizia meccanica, abbiamo detto. E proprio da qui cominceremo la discussione. Dov'è e qual'è l'ostacolo che si oppone al normale deflusso della bile verso l'intestino?

Rispondere a questo punto interrogativo vuol forse dire trovare il filo conduttore per l'interpretazione di tutti i sintomi. Voi sapete che la sede dell'ostacolo può essere: nelle vie biliari stesse; al di fuori delle vie biliari o nella bile. Infatti alterazioni delle pareti canalicolari possono ostacolare il deflusso: alterazioni che possono essere di natura infiammatoria, dovute a retrazioni cicatriziali, o di natura tumorale, a partenza dalla mucosa. Ma l'ostacolo può essere indipendente dalle pareti e trovarsi nel lume dei dotti: un calcolo, un elminti (ricordate che questa donna ha avuto infestazione da ascaridi). Altre volte il deflusso è ostacolato, non da alterazioni proprie delle vie biliari o per corpi che le ostrui-

scono, ma per compressioni che su di esse vengano esercitate dall'esterno. E possono essere le ghiandole linfatiche dell'ilo che, tumefatte, schiaccino l'epatico od i suoi rami. Meno comunemente è qualche ghiandola disposta al lato del coledoco, che esercita analoga azione. La compressione può esercitarsi più in basso, ed allora sarà dovuta, il più spesso, ad un neoplasma della testa del pancreas, o anche, se vogliamo, ad una cefalopancreatite cronica, che strozza il coledoco. Invece che da masse neoformate essa può essere esercitata da retrazioni cicatriziali peritoneali, meno frequentemente. Tutte queste condizioni trovano riscontro nella pratica clinica giornaliera.

In altri casi potrete pensare che nella bile stessa risieda la causa del difficoltato deflusso, perchè essa sia più densa, più vischiosa e quindi meno facilmente possa fluire per l'esile sistema canalicolare intraepatico. Questo potrebbe accadere perchè troppe emazie siano state distrutte, troppo pigmento sia stato formato e la bile risulti perciò più densa che di norma: bile pleiocromica. Sapete che nelle condizioni di esaltata emocateresi (ittero emolitico, malaria, certi avvelenamenti) si stabilisce un ittero presentante una reazione di H. v. d. Bergh diretta negativa, che si è voluto spiegare con questo meccanismo. Il quale, del resto, è molto discusso, poichè certi AA. vogliono che queste forme itteriche si debbano a lesione epato-cellulare. Nel caso nostro, evidentemente, non è da parlare di condizioni iperemolitiche.

Per l'interpretazione della sindrome itterica dobbiamo anche tener presente quelle che sono le modalità dello stabilirsi di essa: l'insorgenza brusca dell'itterizia da ostruzione calcolotica, quella lenta e insidiosa dovuta a neoplasie, quella meno subdola ed accompagnata da disturbi collaterali, delle forme tossi-infettive, dette di « ittero catarrale »; quella oscillante, a poussée, dell'ittero emolitico, ecc. L'intensità stessa dell'ittero ha importanza.

In questo caso noi abbiamo numerosi criterî, che ci permettono affermare la natura, almeno prevalentemente meccanica, di questo ittero: i più sicuri e i più classici sono quelli dati dai caratteri degli escreti: feci quasi completamente prive di pigmenti; urine, invece, ricche di questi componenti e di sali biliari. Essi dimostrano che vi è una vera derivazione della bile dalle vie biliari verso il sangue con secondaria, necessaria, eliminazione di essi per i reni, unitamente ai sali biliari. Ho detto poc'anzi ittero di natura prevalentemente meccanica. Questo perchè una diminuzione di pigmento fecale può aversi non solo per ostacolato deflusso, ma anche per alterazioni della cellula epatica, la quale ad un dato momento perde in parte la funzione biligenetica e produce soltanto una piccola quantità di bile. Tenete presente che il colore delle feci non è che un indice molto grossolano della loro ricchezza in elementi biliari, poichè questi vi possono essere contenuti come bilinogeno incoloro, quando siano deficienti i processi putrefattivi, che normalmente trasformano questo in stercobilina; e d'altra parte, le feci possono essere più o meno colorate in rapporto agli elementi introdotti (vino, verdure, dieta lattea). Le feci della nostra inferma sono tipicamente saponacee. Ne vedete l'aspetto di mastice in questo campione che vi presento, omogeneo e lucido. Se questa donna fosse una pancreatica con occlusione del Wirsung, avreste avuto le tipiche feci pancreatiche, cioè: molto abbondanti, grigiastre, asciutte, come cretacee; oppure disgregate, ricche di elementi mal digeriti, acide, con tipico odore rancido dovuto ai grassi non scissi e che talvolta appaiono all'occhio come tali.

Se noi avessimo trovato una quantità maggiore di grassi neutri, avremmo dovuto concludere per una lesione del pancreas, con insufficienza della secrezione esocrina di esso.

L'importanza di un accurato studio delle feci sotto questo punto di vista è stata classicamente dimostrata dal Riva e dalla sua Scuola, particolarmente dallo Zoja, e ribadita in diversi studi eseguiti, anche recentemente, nel mio Istituto.

Nel caso presente non potremo escludere anche una lesione pancreatica; ma possiamo dire che le feci non accusano una insufficienza della secrezione esterna del pancreas, invece un'insufficienza del flusso biliare: facciamo questa distinzione, perchè sapete che una lesione del pancreas può decorrere per lungo tempo muta, se non impedisce al succo di fluire nell'intestino o se non si rende evidente altrimenti.

Nel caso nostro siamo condotti ad affermare l'esistenza di un ostacolo lungo le vie biliari. In quale punto delle vie biliari esso sarà situato? Esistono alcuni criterî che permettono, nella maggior parte dei casi, di fissare con molta approssimazione la sede esatta dell'ostacolo. Intanto la esistenza della colecisti, che si inserisce col suo peduncolo in un determinato tratto delle vie biliari, ci permette di fare una prima distinzione: se l'ostacolo è al di sopra di esso punto d'inserzione, la cistifellea non sarà tumefatta, e si sottrarrà, come di norma, alla palpazione. Se l'ostacolo è invece al di sotto, la bile che ingorga l'epatico andrà anche a riempire la cistifellea, la quale diventerà palpabile al di sotto del bordo epatico, assumendo un volume più o meno cospicuo.

Ma perchè la cistifellea si inturgidisca è necessario che le sue pareti siano distensibili, non siano cioè ispessite o raggrinzate da processi tumorali od infiammatorî di vecchia data. Ed è altresì necessario che la bile possa refluire liberamente attraverso il cistico, che questo cioè non sia chiuso, ad esempio da un

calcolo, e che l'ostacolo stesso non si trovi per avventura a livello dello sbocco del cistico, sì da impedire alla bile non solo l'accesso al coledoco, ma anche al cistico stesso. Queste regole, di grande importanza pratica, costituiscono la legge di Courvoisier-Terrier.

Ma oltre a questa prima distinzione, (ostacolo sopra-cistico, sotto-cistico) noi possiamo molto spesso precisare ancor meglio la sede della lesione. Essa può trovarsi negli stessi dotti intraepatici, come in casi di angio- e periangiocolite, di noduli tumorali, di cisti da echinococco. In tal caso l'ittero sarà poco intenso e le feci poco scolorate, poichè è ben difficile che queste condizioni arrivino ad occludere tutte le vie biliari intraepatiche. Se l'ostacolo è all'ilo, esso potrà più facilmente comprimere nello stesso tempo le due radici dell'epatico, e condurre ad una ritenzione completa, ma allora facilmente vi sarà una compressione anche della vena porta, che scorre affiancata ad essi, e si avrà un'ascite trasudatizia. In entrambi i casi la cistifellea non sarà ingrandita. Se invece l'ostacolo è sottocistico, oltre alla tumefazione della cistifellea avrete ugualmente ascite, nella massima parte dei casi, se la compressione è esercitata da una tumefazione della testa del pancreas. In tal caso la compressione si farà sentire contemporaneamente sui dotti escretori pancreatici, e le feci, mancando la steapsina, saranno non più saponacee, ma grasse. Qualora invece la compressione è dovuta alle linfoghiandole peripancreatiche, quest'ultima condizione mancherà. In entrambi questi casi vi aiuterà il reperto di una massa palpabile in sede cefalo-pancreatica ed all'indagine radiologica si vedrà un'ansa duodenale slargata, descrivente un'ampia ruota intorno a questa testa ingrandita (per tumore o per processo pancreatitico cronico), oppure delimitante tumefazioni linfoghiandolari peripancreatiche. Peraltro, l'assenza di ampliamento dell'ansa duodenale all'indagine radiologica è possibile solo per alterazione iniziale della testa del pancreas, che non comporta un ingrandimento dell'organo (Nuvoli). Noi vediamo un'ansa niente affatto ingrandita, anzi, se mai, portata un poco verso la linea mediana.

Infine, quando l'ostacolo sia a livello dell'ampolla di Vater, ci sarà l'ittero completo da occlusione, ancora con tumore cistico, e la tipica steatorrea, salvo il caso che il dotto di Santorini non funzioni in modo vicario, eventualità praticamente assai rara.

Gli elementi che ci permettono nel nostro caso un indirizzo diagnostico, relativamente alla sede, sono per l'appunto: l'esistenza di un'itterizia non intensissima, con mancanza quasi completa di bile nell'intestino; un fegato alquanto grosso, regolare; la mancanza di un tumore della cistifellea; la mancanza di un tumore in sede cefalo-pancreatica, la mancanza di una steatorrea, la presenza di un'ascite iniziale. Senza ripeterci, diremo che questi elementi ci permettono di pensare ad una sede alta dell'ostacolo e precisamente in corrispondenza del dotto epatico.

Con ciò non riteniamo di aver chiarito completamente la patogenesi di quest'ittero. Abbiamo detto testè: ittero modicamente intenso, feci quasi completamente abiliniche.

Ed invero chi vede questa malata non potrà non essere colpito dalla sproporzione fra l'intensità dell'ittero e l'abilinia intestinale quasi completa, rivelata dallo studio delle feci. Noi non esitiamo a ritenere che questa sproporzione sia da imputare ad una più o meno spiccata lesione epatocellulare. Che le alterazioni degenerative del fegato portino ad una diminuita formazione di bile, è noto da tempo ai medici pratici. Ad essa si deve se, ad un certo momento, incomincia a diminuire l'intensità di un ittero, mentre, non si ricolorano le feci; e le condizioni generali continuano a peggiorare. I pratici conoscono l'infausto significato di questo fenomeno.

Ammesso quindi che l'itterizia sia dovuta ad un ostacolo al deflusso della bile situato nelle vie biliari extraepatiche ed al disopra dello sbocco del cistico, e che una lesione della cellula epatica intervenga e si rifletta sulle modalità di quest'ittero stesso, noi ci domandiamo: qual'è la natura del processo morboso, che ha suscitato questa sindrome? Non occorre che facciamo la diagnosi differenziale con tutte le forme itteriche. Abbiamo già accennato alle ragioni principali, che ci fanno escludere la possibilità di un ittero emolitico; piuttosto potreste pensare alle diverse forme di epatite o di cirrosi itterogena; e non tanto al tipico m. di Hanot con le sue poussées itteriche e febbrili, pur senza lesioni degenerative della cellula epatica, quanto alla cirrosi a fegato grosso con ittero di Eppinger, nella quale peraltro il fegato e la milza sono solitamente più grossi e le feci sono iperbiliniche, essendo l'ittero dovuto essenzialmente a condizioni spleno-emolitiche, che qui non potrebbero assolutamente ammettersi. Cirrosi di Eppinger, di cui il decorso è cronicissimo, mentre la malattia che ha colpito la nostra p. dimostra di aver fatto, già in pochi mesi, tanta strada. O potremmo pensare ad una di quelle forme di epatite infettiva con ittero e splenomegalia, chiamate dopo Naunyn e Humber di *colangia*, o meglio *colangite cronica recidivante*, secondo Naunyn, di *colangite autonoma intraepatica*, secondo Siegmund, e con altri nomi da altri AA.? Noi invero oggi sappiamo che la lesione delle vie biliari, nei casi descritti in questo gruppo, ha generalmente un'importanza affatto secondaria, quando in realtà non si tratti veramente di epatiti interstiziali infettive. È certo comunque che la sintomatologia di questi casi non corrisponde a quella offerta dalla nostra malata, nella quale sono mancate le riaccensioni

morbose con ittero e febbre e dolori ipocondriaci, così bene descritti da Naunyn. e necessari per fissare una caratteristica, almeno clinica, a questi casi, visto che la eziologia è quanto mai varia.

Tanto meno vorrete pensare ad una così detta « itterizia catarrale », sia essa sostenuta da una epatite, sia da una angiocolite o coledocite. Il fegato e la milza sono notevolmente duri, l'inizio è stato subdolo, lento con ripercussione generale cospicua, senza un periodo prodromico all'ittero. Nessun fatto di tipo infettivo ha mai presentato la nostra p. Ed ancora vi ricordo che in essa esistono altre lesioni, le quali escono completamente dal quadro, come un versamento pleurico di tipo emorragico ed una massa in sede epigastrica.

Nè possiamo ammettere una sifilide epatica, sia sotto forma di epatite interstiziale diffusa, sia di forma gommosa o sclero-gommosa; da queste ipotesi ci allontanano l'anamnesi e l'obbiettività per i caratteri stessi del fegato, le esagerate ripercussioni generali, la mancanza di una febbricola, come di altra lesione di tipo luetico, ed infine il laboratorio con l'assoluta negatività delle ricerche sierologiche.

Neppure possiamo ammettere una echinococcosi epatica con idatidi contenute dentro al fegato, chè allora questo viscere dovrebbe essere più grosso e più duro, oppure situate all'ilo: in tal caso avremmo avuto una stasi portale ben più intensa che nella nostra p. Ricordiamo infine che manca un'eosinofilia, che l'intradermoreazione con l'antigene specifico è riuscita negativa, e che vi è un tumore di milza, che sarebbe indaginoso spiegare con la echinococcosi.

Vi sono anche dei casi di linfogranuloma addominale, che possono dare una sintomatologia simile. Questa ipotesi merita invero più attenzione delle precedenti. Essa spiegherebbe infatti la massa epigastrica, l'epatosplenomegalia, se vogliamo, anche il versamento pleurico e si accorderebbe con lo stabilirsi lento e subdolo della sindrome. Non possiamo tuttavia non essere colpiti dal sintoma ittero, che oggi predomina. Invero, fra tutti i non pochi casi di linfogranuloma con questa sede che sono occorsi al nostro studio fino ad ora, mai ci fu dato vedere un simile ittero. Tuttavia possiamo ammettere che una massa granulomatosa all'ilo o lungo il canale escretore produca l'ittero. Ma come spiegare l'assenza assoluta di febbre? L'esame del sangue ci offre dei dati che discordano da questa ipotesi. Ricordo ancora che la cutireazione alla tubercolina è positiva.

Appena la malata entrò da noi, ci prospettammo l'ipotesi se questa donna non fosse portatrice di una peritonite plastica adesiva, secondaria ad un'ulcera gastro-duodenale, oppure (e più probabilmente, data l'anamnesi) di un carcinoma gastrico, il quale, attraverso le metastasi ghiandolari, avesse compresso il coledoco o l'epatico e spiegasse l'itterizia, mentre ci avrebbe dato ragione della massa palpata all'epigastrico del tumore di milza e dell'ascite incipiente per una compressione della splenica e della porta. Ma, a prescindere da molte considerazioni cliniche e dati di laboratorio (crasi sanguigna normale; la reazione del sangue occulto nelle feci non ha importanza, data la colemia e l'incipiente stasi portale), vi è poi l'indagine radiologica, che esclude in modo assoluto una lesione primitiva gastro-duodenale, sia ulcerosa che neoplastica.

Escluse queste forme, restano da prendere in considerazione le seguenti possibilità: anzitutto una calcolosi biliare con calcoli incuneati nel coledoco od allo sbocco del cistico. Questa è la possibilità, nella cui considerazione il medico sente tutto il peso della propria responsabilità; al di fuori di essa, come vedremo, non restano che da prendere in serio esame le forme neoplastiche.

Se voi pensate che nel caso di una calcolosi noi potremmo consegnare la p. al chirurgo e condurla a guarigione, vedete subito quanto grave sia il nostro compito, e con quale ansia e trepidazione noi ci accingiamo a pronunciare un concetto diagnostico, che comporti un deciso orientamento terapeutico. Invero, l'ipotesi della calcolosi biliare potrebbe raccogliere qualche suffragio. Una sindrome dispeptica c'è stata, se pure non molto netta e non del tipo più frequente nelle calcolosi biliari. Le modalità dell'ittero, come abbiamo detto, parlano nettamente per l'esistenza di un ostacolo localizzato nelle vie biliari extraepatiche. L'assenza stessa di un tumore colecistico palpabile potrebbe essere invocata, poichè negli itteri meccanici essa, come abbiamo ricordato, è quasi sempre l'espressione di una vecchia colecistite calcolosa. Notiamo anche che la crasi sanguigna della nostra malata si mantiene pressochè normale.

Con tutto ciò non propendiamo per l'esistenza di una calcolosi. La malattia è abbastanza recente. In pochi mesi l'ammalata, ad onta della conservazione della crasi, si trova grandemente deperita. Noi ci spiegheremmo un simile deperimento anche in una calcolotica, ma che avesse avuto complicanze infettive cospicue, che qui sono mancate. Abbiamo detto delle masse in sede epigastrica, che, nel caso della calcolosi, potrebbero essere soltanto delle linfoghiandole tumefatte secondariamente allo stesso processo infettivo, che non possiamo ammettere. Abbiamo, oltre un versamento addominale iniziale, un versamento pleurico, che non corrisponde ai caratteri della pleurite metaepatica, così frequente nelle calcolosi biliari e tanto bene illustrata dal Grocco. Queste considerazioni ci inducono senz'altro ad ammettere la natura neoplastica della forma morbosa, già estesa probabilmente a molti territori dell'organismo, e pertan-

lo noi ci assumiamo la responsabilità di non consegnare questa donna al chirurgo. Diciamo quindi: ittero da occlusione in donna portatrice di un neoplasma.

Orbene, questo neoplasma dove ha sede? È un tumore primitivo delle vie biliari o è secondario? Esiste un cancro gastrico, che giustifichi la massa epigastrica (metastasi alle linfoghiandole preaortiche) ed il sangue occulto nelle feci? Ma questo reperto di laboratorio ha nessun valore, come si è detto, in una itterica come segno di neoplasma ulcerato, e tanto meno in una paziente con sintomi di stasi portale. Le linfoghiandole preaortiche possono essere secondarie ad un tumore situato anche altrove. Cancro della testa del pancreas? Abbiamo già escluso questa sede, e non ci ripetiamo. *Possiamo piuttosto pensare al corpo del pancreas.* Ma se così è dovrà essere un tumore clinicamente muto, poichè invano cercheremmo la sintomatologia vascolare o dolorosa (crisi solari), e, a maggior ragione, le alterazioni della secrezione interna ed esterna, che nel cancro del corpo compaiono incostantemente, e solo se il neoplasma è molto esteso. Esiste, è vero, una certa quantità di grassi neutri nelle feci, ma non tanto da superare quello che può vedersi in ogni ittero grave. Esiste altresì una curva glicemica molto alterata, vorremmo dire quasi di tipo diabetico. Abbiamo visto anche dei valori diastasici notevolmente abbassati. Lo studio dei fermenti, che da anni si pratica nella mia Clinica, ci ha dimostrato che spesso questi dati hanno valore, e specialmente in un itterico, in cui, a pancreas normale, si ha anzi una tendenza a valori elevati. Confessiamo che se non fosse per il principio direttivo, che sempre informa il nostro studio degli ammalati, il principio cioè « che il laboratorio debba cedere il passo alla Clinica », noi saremmo portati in questo caso a pensare ad una lesione primitiva del pancreas, che si mantenga muta ancor oggi.

Francamente non ci sentiamo di impostare con sicurezza una diagnosi sui soli due dati di laboratorio che vi ho riferito, come avremmo fatto se il loro reperto fosse stato più netto (ad es. intensa glicosuria da carico, più netta riduzione dei poteri fermentativi pancreatici). Sappiamo bene come tutti i sintomi clinici possono mancare, se il cancro del corpo è poco sviluppato e sappiamo che esso può restare tale, mentre prendono un notevole sviluppo le metastasi. Pertanto, non potendo affermare che così stia di fatto, non ci sentiamo neanche di escludere questa possibilità.

Rimane da considerare l'eventualità di un cancro primitivo delle vie biliari. Dopo quanto abbiamo detto, comprendete che non potremo situare una tale lesione nella porzione sottocistica di esse, sia il coledoco, sia la papilla di Vater.

Potremmo invece ammettere un neoplasma primitivo dell'epatico e così ci spiegheremmo la mancanza di una tumefazione colecistica; l'ittero meccanico lento e progressivo, la comparsa di segni di stasi portale (vicinanza della vena porta). Le masse retroperitoneali in sede epigastrica possono bene essere state invase secondariamente dal processo neoplastico .Non palpiamo invece noduli sulla superfice del fegato.

Come abbiamo già accennato, riteniamo che il versamento pleurico sia anch'esso sintomatico di metastasi, probabilmente avvenute per via transdiaframmatica, che per ora danno segni soltanto a carico della sierosa. Noi appoggiamo questo concetto col rilievo della successione dei fatti morbosi, del carattere stesso del liquido, e della rapida riproduzione di esso.

Comunque ci sentiamo abbastanza tranquilli se affermiamo che la natura del processo è neoplastica e maligna, e che l'ittero è causato da un ostacolo situato nel tratto superiore delle vie biliari extraepatiche, precisamente nell'epatico, sia esso intrinseco od estrinseco (compressione da parte di metastasi ghiandolari), mentre non possiamo escludere che un focolaio primitivo sia situato, anzichè nelle vie biliari, in qualche altra parte ove sia nascosto e silente, come nel corpo del pancreas; per le ragioni già dette; infine, che le masse profonde, che palpiamo in sede epigastrica, siano espressione di metastasi ghiandolari e che a metastasi sia anche dovuto il versamento pleurico riscontrato.

Vedete adunque a quale complesso lavorio ci abbia costretto lo studio di questo caso e come tuttavia qualche oscurità resti necessariamente nell'interpretazione di esso.

Io ve l'ho presentato dopo solo otto giorni di degenza in Clinica. Un'osservazione più prolungata ed il completamento delle ricerche ci avrebbero forse permesso una conclusione più sicura; ma ho creduto vantaggioso per voi presentarlo in condizioni tali da richiedere uno studio soprattutto clinico. Tanto più che vi terremo informati dell'evoluzione della malattia, e ciò sarà per voi oltremodo istruttivo.

***

L'inferma venne a morte il 25-II-1934. L'evoluzione della malattia ha presentato i seguenti fatti:

L'amm. ha continuato a deperire sempre più. Si è sviluppato un versamento addominale libero, di lieve grado, con carattere leggermente emorragico. L'ittero non ha subìto oscillazioni; le feci si sono mantenute quasi completamente abiliniche e le urine cariche di pigmenti biliari. In qualche giorno si è avuto una piccola puntata febbrile (37°,2-37°,3). Il versamento pleurico d. andò riproducendosi con notevole rapidità e dovette essere evacuato tre volte.

Nel periodo terminale si stabilì una intolleranza gastrica a qualsiasi alimento. Il 24 Febbraio l'i. ebbe un'ematemesi assai abbondante con sangue, in gran parte scuro ed anche in grossi coaguli. Contemporaneamente l'i. emetteva anche con le deiezioni considerevole quantità di sangue scuro. Il fenomeno si è ripetuto diverse altre vol-

te e non potè essere dominato da nessun mezzo terapeutico, cosicchè ha determinato il decesso.

Del referto dell'autopsia, praticata dal chiar.mo collega prof. Cagnetto, direttore dell'Istituto di Anatomia Patologica, dò qui un breve riassunto:

Entro il cavo peritoneale è contenuto del liquido sieroso tinto leggermente di bile, in notevole quantità (circa 1 l.). Il margine epatico presso a poco in sito. La colecisti non ne sporge. Milza sotto l'arco. Nell'atto di aprire il torace, esce dal cavo pleurico di d. liquido siero-ematico in piccola quantità. Deposizione di fibrina emorragica sul diaframma e sulle ultime cartilagini costali. Sotto di esse, un disseminio di placche tumorali, che dalla superficie peritoneale passano sulla superficie pleurica. Il polmone d. è adeso in gran parte alla parete e ridotto di volume, infiltrato da noduli neoplastici alla base.

All'esame dell'addome: colecisti aderente al grand'omento, avvizzita, digitiforme. Si asporta la matassa intestinale. Le anse del tenue contengono materiale sanguigno. Sangue è contenuto anche nel duodeno e stomaco. Le pareti di questi organi appaiono indenni. La papilla di Vater è appiattita. Lo specillo vi penetra per circa 7 cm. Vicino alla papilla esiste un diverticolo della parete duodenale con mucosa apparentemente integra. Pancreas non ingrossato. Negli spaccati si nota l'esistenza di una massa neoplastica grossa come un uovo di gallina, fibrosa, omogenea, rigida, sita fra corpo e coda.

Le linfoghiandole peripancreatiche disposte lungo la vena splenica sono notevolmente ingrossate, come pure le linfoghiandole preaortiche situate più in alto, dietro la borsa omentale. La vena splenica è solo modicamente compressa.

Il coledoco è alquanto ampio (come un pollice). Ne fluisce poca bile pallida, grigiastra; con qualche fiocchetto di muco. La vescichetta biliare è impicciolita e vuota. Non calcoli. Tumefatte considerevolmente sono anche le linfoghiandole disposte lungo l'epatico e presso l'ilo del fegato. Non noduli neoplastici nel fegato.

Diagnosi anatomica. — Cancro del corpo del pancreas. Metastasi alle linfoghiandole soprapancreatiche, preaortiche, retrogastriche ed alle linfoghiandole fiancheggianti il dotto epatico ed il coledoco. Ittero meccanico per compressione delle vie biliari. Metastasi cancerigne transdiaframmatiche alla pleura d. ed alla base del polmone destro.

Diagnosi istologica. — Adenocarcinoma del corpo del pancreas.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE HARLEM - NEW YORK

L'ascesso del polmone.

(Con speciale riguardo alla cura del Dr. Connors col tamponamento).

Dr. Th. CIACCIO CASE

Per quanto già negli scritti del Morgagni, Van Swieten, e Stoll si trovino descrizioni di ascessi e cangrene polmonari, fu Boyle che, per primo, pubblicò una completa descrizione della condizione morbosa e la chiamò « Ulcera Polmonare ».

Nel 1818 Laennec ne descrisse l'anatomia patologica e l'aspetto clinico. Egli fu il primo a riconoscere l'ascesso del polmone come una entità morbosa separata dalle altre malattie polmonari; ma lo ritenne una rarissima lesione.

Più tardi Virchow e Fisher, cercando di scoprire la natura della malattia, trovarono parassiti nelle zone cangrenose del tessuto polmonare. Traube e Detrick affermarono che la putrefazione era dovuta a proprietà chimiche degli essudati ristagnanti nei bronchi. Leiden e Jaffee nel 1866 chiamarono il germe Leptotrix Pulmonalis e lo ritennero una varietà della Leptotrix Buccalis.

Nel 1875 Bucquoy descrisse una forma pleurica e nel 1883 Landier pubblicò il suo lavoro sulla cangrena polmonare come complicazione di alcune affezioni croniche dei bronchi e polmoni. In seguito Pasteur, nel suo lavoro sulla putrefazione, portò, un grande contributo al soggetto. Egli affermò che la putrefazione era dovuta all'azione di germi anaerobi, e questo asserto fu confermato dai lavori di Veillon, Hallé ecc., che descrissero varie forme di anaerobi isolate nelle aree cangrenose.

Nessuna cura fu tentata fino al 1897, quando Skoda tentò di disinfettare le aree cangrenose con inalazioni di creosoto. In seguito furono tentate iniezioni di eucalyptus a scopo palliativo sintomatico, più per attenuare l'odore fetido dello sputo che con l'idea di attaccare il focolaio cangrenoso.

Nel 1875 Cluck, Mosier e Schmidt avevano iniziato un lavoro sperimentale sulla resezione costale e nel 1897 Tuffier, per primo, pubblicò un rapporto classico sulle indicazioni e la tecnica della cura chirurgica dell'ascesso e cangrena polmonare.

Più tardi Mikulicz pubblicò molti lavori e statistiche sul valore curativo dell'intervento chirurgico per l'ascesso del polmone e Picot riferì e discusse la tecnica della toracotomia come metodo curativo.

Forlanini nel 1918 consigliò il pneumotorace artificiale, ma non fu accettato generalmente in modo favorevole. D'altra parte non vi era stato un gran progresso nella tecnica operativa, avendo a disposizione il solo metodo in due tempi per il drenaggio con il tubo di gomma.

Nel 1926 il dott. Connors usò per primo il metodo del tamponamento stipato dell'ascesso polmonare. Il primo caso non fu tamponato a scopo curativo, ma a scopo emostatico. Quando il tampone fu rimosso dopo tre giorni, egli notò con gradita sorpresa che il fondo dell'ascesso era deterso e granulante. Da allora nell'Ospedale Harlem di New York ogni ascesso polmonare viene trattato con questo metodo, che è stato gradualmente perfezionato, tentando di intervenire in un solo tempo con tamponamento stipato di garza jodoformica.

Etiologia. — Come cause predisponenti dell'ascesso polmonare vengono considerate:

1) diminuita resistenza generale;

2) diminuzione o inibizione del meccanismo di difesa locale (traumi o condizioni che inibiscono l'attività del riflesso della tosse come l'anestesia ed il coma, o l'azione delle cilia della mucosa bronchiale come avviene forse nella bronchite cronica), e;

3) la presenza di un sufficiente numero di organismi patogeni capaci di produrre la suppurazione (condizioni della igiene orale).

Le cause determinanti in ordine di frequenza, sono, in breve:

1) Aspirazione di materiale infetto. Questa sembra la più frequente causa e le statistiche dimostrano che circa il 41 % degli ascessi polmonari si sviluppano dopo interventi operativi, e che l'80 % di questi interventi cadevano sulla parte superiore del tratto respiratorio (60 % tonsillectomie ed estrazioni dentarie). Però, benchè, durante la tonsillectomia avvenga aspirazione di materiale infetto, pure, come è stato notato da Fetterolf, è un errore ritenere questa come l'unica o anche la più frequente via d'infezione. I linfatici ed i vasi sanguigni sono vie dirette e potenziali di trasmissione da un letto tonsillare lacerato ed infetto. Alcuni degli ascessi polmonari postoperatori sono indubbiamente di origine embolica.

2) Polmonite. Nel 21 % si ha storia di polmonite fin dall'inizio. L'ascesso polmonare è una complicazione molto rara della polmonite lobare ed Hartwell nel Rockefeller Institute ne riporta due casi su 700 malati di polmonite lobare pneumococcica. La relativa frequenza dell'ascesso consecutivo a broncopolmonite è pure discutibile, trattandosi molto probabilmente di ascessi polmonari fin dall'inizio e non riconosciuti, data la difficoltà di differenziare il processo pneumonitico concomitante ad un ascesso iniziale da un focolaio di broncopolminite vera e propria.

3) Origine embolico. Gli ascessi embolici si hanno durante un processo piemico o sono determinati da trombi infetti originatisi in una tromboflebite o endocardite ulcerosa: 3,9 %.

4) Estensione di un processo infettivo: 3,6 % un ascesso subfrenico, un ascesso della cupola del fegato, perforandosi nella pleura o nel polmone o infettandolo per via linfatica può produrre un ascesso polmonare secondario. A questo punto io voglio ricordare che è assai probabile che la diffusione di una infezione, per via linfatica da focolai nella bocca sia la causa di molti ascessi polmonari erroneamente diagnosticati da principio come processi pneumonitici (broncopolmonitici) o di quelli di etiologia indeterminata. La maggiore frequenza degli ascessi polmonari nel periodo medio della vita è probabimente dovuta al fatto che in questo periodo noi troviamo molto comuni le infezioni dentarie, mentre i bambini raramente hanno piorrea o denti infetti. Questa sarebbe la ragione della rarità di questa malattia nella prima decade della vita.

5) Trauma. Una contusione profonda da un colpo, da una caduta o da uno schiacciamento può produrre una lacerazione polmonare o, più comunemente, una ecchimosi interstiziale con edema seguita da processo pneumonitico e liquefazione con infezione della porzione lesa del polmone. L'ascesso che segue una ferita penetrante del polmone, come una ferita da pugnale, è dovuto all'azione devitalizzante del trauma sul tessuto, ma l'infezione può risultare in un ascesso molto tempo dopo che la ferita è guarita. Però noi vediamo pochi di queste varietà di ascessi, dato il processo di cura da noi usata nelle ferite da punta e taglio del torace.

6) Infezioni specifiche. Sono rari tipi di infezioni producenti ascessi polmonari (actinomicosi, cisti da ecchinococco infette).

Anatomia Patologica. — Essa è determinata dalla via d'infezione, dal tipo del germe infettante, dalla resistenza dei tessuti e dalla durata della lesione. L'ascesso acuto può essere solitario, generalmente sferico, di vario volume, dal miliarico a 12 e più centimetri di diametro. Il tessuto polmonare circostante può presentare una reazione fibrosa precoce, talvolta questa non è presente. La cavità asces-

suale è individuata e diagnosticata radiologicamente dalla presenza di liquido a livello orizzontale. In altri casi una estesa reazione infiammatoria polmonare è la nota caratteristica del radiogramma. A questo punto io credo opportuno di insistere su due punti dell'anatomia patologica dell'ascesso polmonare, che sono di essenziale importanza dal punto di vista chirurgico. E questi sono:

1) che la maggior parte degli ascessi polmonari, sono periferici;

2) che la pleura partecipa precocemente al processo e che, per questo, si formano aderenze tra la pleura viscerale e parietale. Se l'ascesso è situato tra due lobi, esso è solo apparentemente centrale, ma di fatto periferico rispetto al lobo colpito. In questo ultimo caso la pleura può partecipare o no: questi casi rappresentano la grande minoranza. Queste osservazioni furono fatte da Tuffier nel 1897 e sono state recentemente confermate in New York, da noi nel Mt. Sinai, da Rabin ed altri ricercatori.

Gli ascessi cronici sono generalmente grandi. Il grado di fibrosi circostante varia in estensione ed intensità e si notano modificazioni bronchiettasiche nei bronchi comunicanti, molto frequentemente. Più l'ascesso è di lunga data, più è intensa la reazione fibrosa e più è difficile ottenere la guarigione chirurgica.

Diagnosi. — Nel cercare di fare la diagnosi bisogna tener presente che l'anamnesi è della massima importanza. La diagnosi di ascesso polmonare è basata sulla determinazione della etiologia e dei sintomi e sulla esclusione di altre condizioni morbose che danno un simile quadro clinico. I sintomi variano, naturalmente, col tipo e virulenza dell'infezione, con la resistenza del malato e la durata della malattia. Nello stato prodromico, prima che lo sputo divenga dell'odore caratteristico, si notano malessere, brividi, e febbre ed un aumento della frequenza respiratoria. Dopo la formazione dall'ascesso la sindrome è data dalla tosse accompagnata a sputo purulento-fetido e segni d'infezione di vario grado. Lo sputo fetido è più caratteristico dell'ascesso che di ogni altra condizione morbosa con cui possa essere confuso. L'emottisi può essere un sintomo iniziale.

L'esame obbiettivo talvolta dà scarsi dati, ma quando questi sono presenti, sono quelli di un processo di addensamento e formazione di cavità. Un ascesso non ancora aperto in un bronco darà i segni di addensamento. I segni cavitari sono presenti solo dopo che l'ascesso si è vuotato, in tutto o in parte, in un bronco, dopo averlo perforato.

Nell'ascesso cronico i sintomi variano grandemente per gravità secondo l'estensione del processo, il grado di assorbimento e la presenza od assenza di complicazioni.

È molto difficile talvolta differenziare un empiema interlobare incapsulato da un ascesso polmonare o da un ascesso con empiema secondario; però se si può ottenere una accurata anamnesi e fare un accurato esame radiologico (netta localizzazione dell'empiema nel setto interlobare e presenza di liquido a livello nell'ascesso) questo, con il carattere dello sputo, rende la diagnosi differenziale non difficile.

I mezzi più importanti per la diagnosi dell'ascesso polmonare e per la sua localizzazione, sempre tenendo presente che esso è periferico, sono: l'esame radiologico ed i segni fisici rilevabili all'esame obbiettivo. I raggi X spesso mostreranno un'area di polmonite localizzata e la presenza di una cavità con liquido a livello. Debbo insistere sull'importanza dell'esame laterale del polmone sospetto. Nella palpazione dell'area sospetta nei scegliamo il centro dell'ottusità e spesso noteremo che essa è dolente, fatto dovuto alla reazione ad aderenze pleuriche.

Talvolta si ricorre alla broncoscopia ed all'iniezione di lipiodol, ma non frequentemente. La broncoscopia si deve usare in tutti i casi in cui si sospetta la presenza di un corpo estraneo.

Deve essere assolutamente evitata l'aspirazione a traverso la parete toracica (puntura esplorativa). Può portare a conclusioni errate ed essere causa di serie e talvolta fatali complicazioni, come infezione della cavità pleurica e flemmone della parete toracica.

Cura. — La principale obbiezione alla cura chirurgica « per se » è l'alta mortalità; ma a me sembra che noi esageriamo considerando ciò come conseguenza dell'atto operativo, mentre dobbiamo tener presente che si tratta di una malattia molto grave e che molti malati vengono operati di toracotomia molti mesi dopo l'inizio dell'ascesso. Molti casi di ascesso polmonare vengono curati con il drenaggio posturale (ponendo il malato in posizioni tali che il pus venga per gravità a scorrere nell'albero bronchiale). In altri casi l'aspirazione broncoscopica è di grande valore. Quando sia accertato che il malato non possa guarire spontaneamente o con l'uso del broncoscopio, esso deve essere sottoposto alla cura chirurgica, e non troppo tardi. Anchè nelle mani del più esperto broncoscopista il massimo che si possa ottenere è la detersione ed irrigazione della cavità mentre non si potrà mai avere un col-

lasso e stabilire un adeguato drenaggio ed aereazione della cavità, che sono essenziali alla cura (Bact. anaerobi).

Bisogna inoltre tener presente la possibilità di infettare col liquido ascessuale parti sane del polmone, durante il processo operativo.

La collassoterapia è, in questi casi, un metodo pericoloso riservato solo a speciali varietà o complicazioni (ascesso centrale, ascesso sanguinante). Nella grande maggioranza l'infezione polmonare si estende alla periferia del polmone e sono presenti aderenze tra la pleura plomonare e parietale. Queste aderenze non solo impediscono il collasso del polmone; ma, sotto la pressione possono lacerare il sottostante polmone necrotico, determinando una grave infezione della cavità pleurica. Inoltre la presenza di tessuto fibroso circondante l'ascesso impedisce il collasso della cavità: spesso la apertura comunicante della cavità si chiude e la ritenzione del contenuto ascessuale aggrava le condizioni. (Usato una volta in un ascesso sanguinante). Noi perciò ricorriamo all'intervento chirurgico (toracotomia e zaffamento) come nostro metodo di scelta per la cura degli ascessi polmonari e questo metodo risponde a tutti i requisiti fondamentali per un adeguato e completo drenaggio della cavità. Il miglior momento per l'intervento è circa sei settimane dopo l'inizio della malattia, se altre complicazioni non siano insorte, e questo per varie ragioni:

1) perchè durante questo periodo l'ammalato ha avuto l'opportunità di guarire spontaneamente (il 10 % si risolvono spontaneamente);

2) durante questo periodo si sono formate sufficienti aderenze pleuriche;

3) se si attendesse più a lungo, l'infezione potrebbe sopraffare l'ammalato e potrebbe svilupparsi complicazioni inerenti al lungo processo suppurativo.

Processo operativo. — I malati sono anestetizzati con Avertina ed Etere, ed una ipodermoclisi con soluzione fisiologica viene iniziata prima dell'operazione e continuata durante tutto l'atto operativo. Il malato è posto nella posizione più conveniente per l'apertura della cavità ascessuale. L'incisione, lunga da 8 a 10 centimetri è fatta nella direzione e sulla costa che incrocia il centro dell'area di ottusità. Vengono resecati sottoperiostealmente circa 5 centimetri di costa e vengono ispezionati e palpati i tessuti sottostanti. Se sentiamo i tessuti indurati e non osserviamo alcun movimento respiratorio del polmone saremo quasi certi di essere sull'ascesso e procederemo all'atto operativo in un solo tempo. Se v'è del dubbio si incide prudentemente la fascia endotoracica con un bisturi ben tagliente; ed il nostro dubbio, in ogni modo, sarà chiarito comunque se verrà aperta la libera cavità pleurica. A questo punto, si zafferà e si attenderà una settimana per il secondo intervento.

Se la localizzazione è giusta, si inserisce un ago di siringa aspiratrice nella cavità. Si otterrà pus e gas putrido; una sonda scanalata è introdotta nella cavità. Se la cavità si estende in alto verrà resecata parte della costola superiore; se la cavità si estende in basso, verrà resecata la costola inferiore in modo da ottenere un adeguato drenaggio. Verranno legati con i vasi intercostali i muscoli intercostali ai lati della ferita, e rimossi in modo da avere libero e vasto accesso alla cavità. Si romperanno le adesioni tra le diverse cavità ascessuali intrapolmonari in modo da formare una cavità sola. La cavità viene accuratamente detersa e tamponata piuttosto fortemente con garza jodoformica. La ferita cutanea viene lasciata largamente aperta con lo zaffo, i margini protetti con garza vaselinata, il tutto coperta con medicatura asciutta.

Se durante l'operazione la cavità pleurica venisse accidentalmente aperta, l'ascesso verrà tamponato con garza jodoformica e la cavità pleurica con garza semplice.

Cura postoperatoria. — Verranno somministrati liquidi in grande quantità, e per ipodermoclisi, se fosse necessario. Il malato sarà mantenuto a dieta grasso-idrocarbonata (dieta ad alto valore calorico) e verrà somministrato alcool, specialmente a coloro che fossero bevitori. Sono state fatte trasfusioni frequentemente, specie nei casi in cui si mostrarono vari gradi di collasso. Il malato è tenuto in posizione semi seduta nel letto ed è incoraggiato ad alzarsi appena le sue condizioni glielo permettano. Una volta alzatosi è invitato a passeggiare ed uscire nelle giornate di tempo buono. Lo zaffo è tolto dopo 3 o 5 giorni, comunemente al quarto giorno, e la cavità si presenta in genere pulita con le aperture bronchiali chiaramente in vista. Lo zaffo iniziale stipato distrugge la membrana piogena contenente bacteri, pus ed essudato fibrinoso. Dopo la prima medicatura la cavità ascessuale viene zaffata, ma meno stipatamente. Questa viene ripetuta a giorni alterni e la cavità si lascia granulare dal fondo.

Quando la cavità è stata pulita e mostra granulazioni di buona natura la larga ferita non è più necessaria. Si lascerà chiudere gradualmente fino alla larghezza di circa due centimetri o poco meno, perchè il drenaggio sia adeguato e venga eliminato il materiale tos-

sico secreto dal seno bronchiale, che rimane; evitando così successivi interventi.

L'orificio dovrà rimanere aperto per almeno quattro mesi e poi lasciato chiudere solo dopo che l'esame radiologico e le condizioni generali ci convincano del risultato favorevole della cura.

I vantaggi del metodo di cura dell'ascesso polmonare con lo zaffamento sono molti come venne dimostrato dal Dr. Connors nel 1931.

1) la cavità ascessuale viene pulita in tre giorni e si mantiene tale fino a guarigione;

2) le cure postoperatorie vengono facilitate, non sono necessarie frequenti medicature, e vengono evitate lunghe e dettagliate medicazioni;

3) non è necessaria l'introduzione di tubi, evitando così ogni causa di irritazione pleurica e di osteomielite costale.

4) la larga ferita toracica permette una perfetta ispezione delle condizioni anatomiche del campo operativo.

RIASSUNTO.

1) La cura dell'ascesso polmonare è prevalentemente chirurgica. Deve raggiungere lo scopo di un precoce completo ed adeguato drenaggio. Il metodo dello zaffamento di Connors corrisponde perfettamente allo scopo.

2) Con l'opportuna cooperazione dei raggi X l'internista può fare una precisa diagnosi e nella maggioranza dei casi l'intervento è possibile in un solo tempo, il che è il metodo di scelta.

3) Una polmonite atipica deve far sorgere il sospetto di un ascesso polmonare iniziale, se l'anamnesi dia base a questo soggetto.

4) È molto probabile che una diffusione per mezzo dei linfatici di una infezione della bocca sia la causa di molti ascessi polmonari erroneamente diagnosticati da principio come polmonite e di quelli la cui etiologia è indeterminata.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE MILITARE DI LIVORNO

Postumi tardivi (angiocolite suppurativa a lunga scadenza) da ritenzione di proiettile nel parenchima epatico.

Nota Preventiva.

Magg. Medico SCALFATI dott. ALBERTO
Capit. Medico c. BIZZARRI dott. UGO.

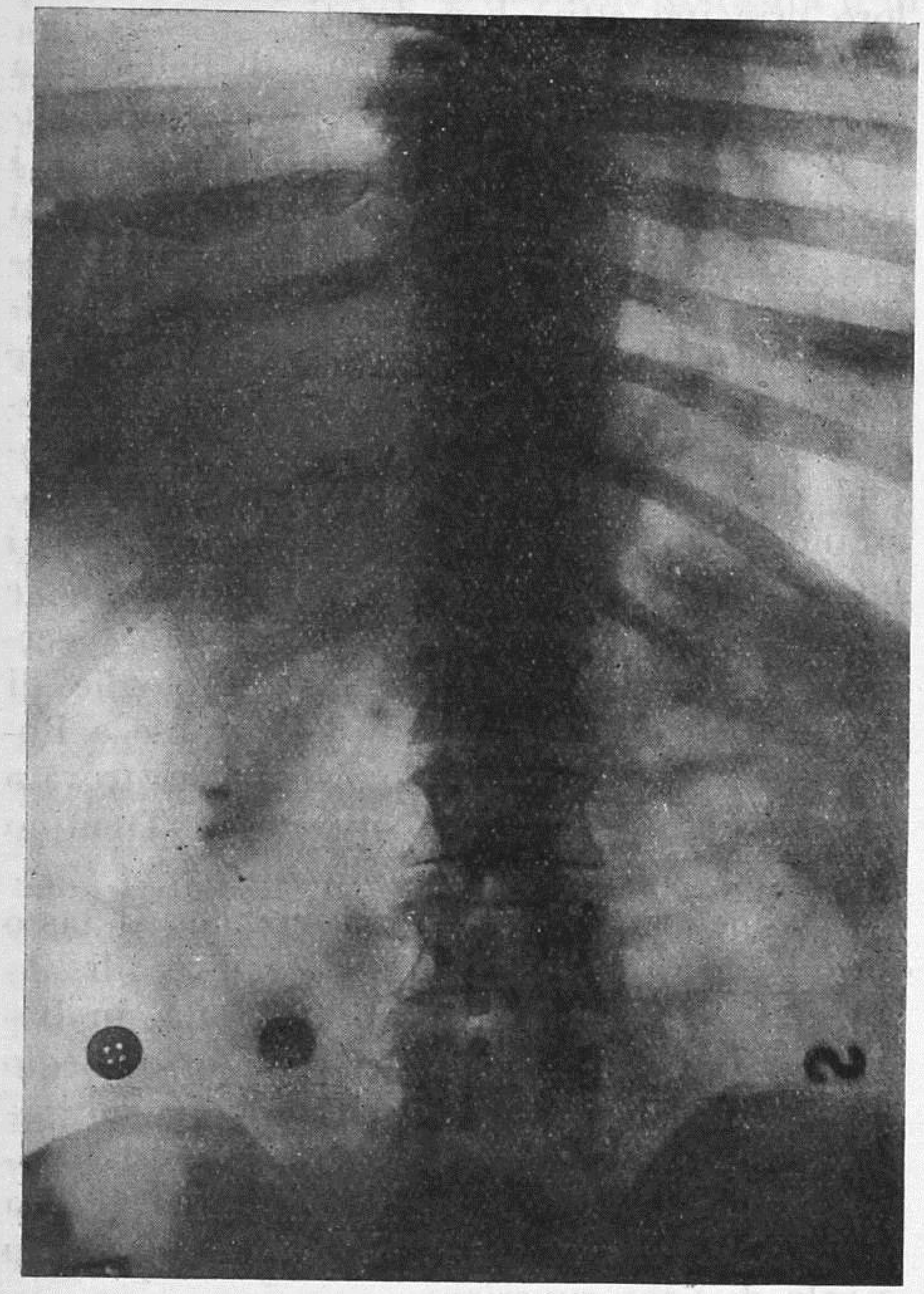
Kojen e Popovitch hanno recentemente (maggio 1933) pubblicato due casi di ferita del fegato con permanenza di proiettili seguita a lunga scadenza da colelitiasi che venne trattata colla colecistectomia e (in un caso) colla ablazione del proiettile rimasto ritenuto nel fegato.

Nel giugno c. a. è caduto sotto la nostra osservazione il caso seguente che riteniamo interessante (oltrechè per la sua rarità) anche dal punto di vista assistenza sociale trattandosi di postumi di ferita riportata nel lontano gennaio 1918, postumi che iniziarono la loro comparsa appena un anno fa.

Il soggetto è un ex bersagliere di anni 44, da Mezzana (Bagni S. Giuliano), il quale il 29 gennaio 1918 sull'Altipiano di Asiago riportò ferite multiple da scheggie di granata a tutta la metà destra del corpo. Una di queste ferite (la più importante) durante la degenza ospedaliera del soggetto impose la mutilazione dell'avambraccio destro. Per questa mutilazione il paziente, visitato collegialmente nel maggio 1918, fu ascritto alla seconda categoria di pensione. Il 16 giugno c. a., e cioè dopo ben sedici anni, è venuto al nostro esame presentando un quadro manifesto di angiocolite suppurativa che il paziente riferisce essere insorto un anno fa. Tale quadro non venne infatti riscontrato in una precedente visita di revisione praticata nel dicembre 1932. Il paziente narra che appunto da un anno a questa parte è comparso ittero, senso di spossatezza, e febbre intermittente. Lungo tutto l'emitorace destro (faccia laterale e faccia posteriore) e all'ipocondrio destro, si notano molteplici cicatrici di varia grandezza, lassamente aderenti. L'esame radioscopico praticato in data odierna (16-6-34) ha dimostrato: presenza di scheggie metalliche ritenute alla base dell'emitorace destro. La radiografia acclusa alla presente nota dimostra l'esistenza di *una scheggia in corrispondenza della ombra epatica* (v. fig.). Le lesioni del fegato secondarie a ferite da proiettile non sono eccessivamente frequenti.

Ruggi (*Bollettino delle Scienze mediche di Bologna*, 1916) descrive una voluminosa raccolta ematico-biliare sottodiaframmatica consecutiva a ferita d'arma da fuoco del fegato. Scalone (*Pensiero Medico Milano*, 1917) riferisce sulla trasformazione cavernosa totale del fegato per ferita d'arma da fuoco.

Novis (*Brit. M. J.*, London, 1917) riporta una ferita del fegato da proiettile di fucile con emorragia secondaria trattata colla legatura dell'arteria epatica. Cartney e Drummond (*Brit. J. Surg.* Bristol, 1918) riferiscono un caso di ferita del fegato da proiettile di fucile che, penetrato in circolo attraverso la vena epatica, fu trovato ritenuto nel ventricolo destro del cuore. Lenormant (*Bull. et mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1919) pubblica due casi di estrazione secondaria di proiettili dal fegato.



Balkanyi (*Zentralbl. f. chir.*, 1926) riferisce un caso di ferita d'arma da fuoco del fegato e della cistifellea. Beltran (*Surgical Clinics of North Amer.*, 1928) un caso di ferita d'arma da fuoco del fegato unitamente allo stomaco, pancreas e agli intestini. Bordescu e Marculescu (*Rev. San. Mil.*, Bucarest, 1929), una ferita penetrante d'arma da fuoco lombo-addominale con lesione del fegato e del rene destro. Herzberg (*Zentralbl f. chir.*, 1931) sulla trasfusione del sangue in un caso di lesione del fegato per arma da fuoco. Fauteux (*Union méd. du Canadà*, aprile, 1933) una ferita penetrante dell'addome trattata colla sutura del fegato.

I già citati Kojen e Popovitch (*Bull. mém. Soc. Nat. de Chir*,. maggio 1933) riferiscono due casi di ferita del fegato con ritenzione di proiettile e colelitiasi secondaria a lunga scadenza.

Nel nostro caso l'angiocolite a forma suppurativa riscontrata nel soggetto venne forse originata da un processo di semplice angiocolite catarrale delle piccole vie biliari su cui si impiantò successivamente un processo di infiammazione ulcerosa prodotta dal corpo estraneo e lentamente determinatasi.

RIASSUNTO.

Gli AA. riferiscono un caso di colangite suppurativa come postumo tardivo di ferita bellica con ritenzione di proiettile nel parenchima epatico, radiograficamente dimostrata. Detto caso interessa, oltrechè per la sua rarità, anche dal punto di vista della assistenza sociale trattandosi di paziente che venne ferito in combattimento nel lontano gennaio 1918.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

Istituto di Farmacologia Sperimentale della R. Università di Pavia.

Sulla così detta "cura bulgara„ dei postumi di encefalite epidemica.

Prof. Pietro Di Mattei, direttore.

Con l'articolo pubblicato nel n. 2, 1934, del « Policlinico », il prof. G. Panegrossi ha dato competente e esauriente relazione dei risultati ottenuti, nel Padiglione che Egli dirige, sui numerosi sofferenti di postumi di encefalite epidemica sottoposti alla così detta « cura bulgara ». Relazione attesa e opportunissima che mette, ormai, in grado i medici e gli studiosi di conoscere, in modo concreto, i pratici effetti di un trattamento che aveva interessato, per motivi teorici e pratici, tanto i clinici che i farmacologi e che aveva conservato finora un certo sapore di mistero.

Quale postilla al suddetto articolo può servire qualche ragguaglio sul tasso di principii attivi contenuti nella « radice bulgara », che sta alla base della cura e che il Panegrossi riferisce trattarsi di radici di solanacee (prevalentemente Belladonna). Occorre sapere se competa o no alla « radice bulgara » un particolare privilegio. Con molto criterio il Panegrossi annota: « è molto probabile che con le radici di Belladonna nata o coltivata in Italia si otterrebbe lo stesso effetto, ma non ho avuto modo finora di fare delle ricerche ». Siffatte ricerche essendo state fatte da tempo nel mio Istituto è possibile dirimere subito questa questione.

Il tasso di alcaloidi contenuti nella « radice bulgara » da me esaminata è apparso di gr. 0,49 %. Benchè si sappia che il contenuto in alcaloidi delle radici oscilli — come avviene del resto nelle foglie — entro limiti assai notevoli, il tasso medio degli alcaloidi nelle radici è di gr. 0,44 %, variando da gr. 0,31 a gr. 0,64 %. Quindi il tasso della radice bulgara corrisponderebbe a quello comune. Tasso che rientra altresì nella media del contenuto in alcaloidi delle *foglie* di Belladonna, officinali nella nostra e in molte altre Farmacopee straniere in luogo delle radici che vi erano accolte una volta e che in seguito alle deliberazioni della Conferenza internazionale di Bruxelles (?) la nostra Farmacopea ha soppresso (sono rimaste nelle Farmacopee inglese e Nord-Americana) a causa delle eccessive variabilità quantitative dei principii attivi. Variabilità insita, sempre, a tutte le parti della pianta, tanto che nelle foglie stesse il contenuto di principii attivi può oscillare da g. 0,14% a g. 1,32%. A causa di tale variabilità che porta naturalmente a preparati di incostante attività nella pratica terapeutica, molte Farmacopee richiedono almeno un tasso minimo di alcaloidi nella droga officinale, che è di g. 0,30 % nelle Farmacopee inglese, tedesca, spagnola, nord-americana e del 0,35 % nelle Farmacopee russa e svizzera. La nostra Farmacopea (V. ediz.) non precisa un tasso minimo nè medio di alcaloidi nella droga officinale ma lo precisa per gli estratti fluidi (0,25 %), idroalcoolici (1,25 %) e secchi (1 %): l'Italia ha d'altra parte aderito all'accordo internazionale del 1930 che ha deliberato un minimo di g. 0,30 % di alcaloidi totali nella polvere di foglie secche di Belladonna. Il contenuto di alcaloidi ritrovato nelle « radici bulgare » appare quindi notevolmentte superiore a quello *minimo* richiesto per le foglie e praticamente corrisponderebbe al tasso medio, tanto delle foglie che delle radici della droga europea. Conviene tuttavia giudicare con molta prudenza i valori relativi al tasso degli alcaloidi e i confronti che potrebbero praticarsi fra le « radici bulgare » e quelle italiane o di altri paesi. Non si dirà mai abbastanza che il tasso degli alcaloidi in qualsiasi parte della pianta (foglie, rami, radici) è legato alla natura del terreno, all'altitudine e quindi, fino a un certo punto, al paese di produzione ma sopratutto all'epoca della raccolta, all'andamento metereologico dell'annata, all'età della pianta, all'esposizione alla luce solare ecc. e che piante cresciute nel medesimo terreno possono fornire una quantità di alcaloidi che ha variato (Sievers) da un massimo di g. 0,925 % a un minimo di g. 0,277 %. Condizioni che, variamente interferenti, oltrepassano l'importanza geografica del paese di origine. Nè tutti questi fattori interferenti sono forse noti, nè su tutti c'è accordo. La nostra Farmacopea vuole, per esempio, che le foglie di Belladonna siano raccolte dalla pianta al momento della fioritura ma non manca chi esclude l'importanza che spetterebbe all'epoca della raccolta e chi ha osservato che la massa degli alcaloidi diminuisce proprio alla fioritura. È lo svantaggio fatale dell'impiego delle droghe in luogo dei loro principii attivi ben dosati.

Per quanto riguarda le piante di Belladonna coltivate — che il Panegrossi tiene giustamente in conto — si può dire che in generale i risultati sono molto soddisfacenti e in taluni casi, per particolari concimazioni, assolutamente superiori a quelli delle piante spontanee. Per limitarci all'Italia si può ricordare che la mia assistente P. Marangoni ha accertato un tasso di alcaloidi di g. 0,532 % in foglie di Belladonna coltivate a Pavia, dimostrando che la cultura in pianura può dare i buoni risultati delle culture submontane e montane, che ottimi risultati avevano osservato il Gaglio e il Bignami dalle foglie di Atropa Belladonna coltivate dal Cortese a Roma e recentissimamente lo Zanotti ha trovato in radici di Belladonna coltivata in Trentino il 0,32 e il 0,35 % di alcaloidi.

In conclusione è da ritenere che il tasso medio degli alcaloidi della radice di Atropa Belladonna bulgara introdotta in Italia corrisponda presso a poco al tasso medio di alcaloidi delle radici di Belladonna nostrana, tanto spontanea che coltivata, e corrisponde al tasso medio delle foglie di Belladonna officinale della nostra Farmacopea. Tutt'al più è solo di poco superiore.

Si può quindi dare buon suffragio alla supposizione del Panegrossi che « con le radici di Belladonna nata e coltivata in Italia si otterrebbe lo stesso effetto che con la radice bulgara » aggiungendo che, probabilmente, lo stesso effetto si otterrebbe con le comuni foglie officinali, meglio esauribili nella decozione delle radici e col vantaggio, forse, di una minore variabilità di principii attivi di quanto non avvenga nelle radici, specie quando queste risultano aggiunte, come avviene nel materiale bulgaro. di pezzi di rizoma o quando, come è peggio, sono mescolate con pezzi di altre radici. Io suppongo che nella cura dei postumi di encefalite nessun danno proverrebbe dalla soppressione delle preparazioni ottenute dalle altre droghe che sono state introdotte dal bulgaro Raeff insieme alle radici di Belladon-

na e che risultano di cauli di Acorus Calamus, come nessun danno ancora dalla eliminazione delle pillole di mollica di pane, custodenti tracce di cannella o di noce moscata o dalla scomparsa delle misteriose cartine di carbone animale. La cura bulgara perderebbe un po' di mistica, ma non sarebbe gran male per i malati nè se ne dorrebbero i medici curanti, che in Italia, d'altronde, preferiscono fondare la terapia su dati il più possibile scientifici.

Io non ho alcun motivo per non condividere l'autorevole parere del Panegrossi che i preparati delle radici di Belladonna (bulgara o di altri paesi) siano più efficaci di quanto non siano la sola atropina o la scopolamina o la iosciamina somministrate come alcaloidi puri. I clinici sono d'accordo, in molti casi, nel trovare più vantaggioso l'impiego della droga *in toto* che dei loro principii attivi: tipici i casi della digitale, dell'oppio, della segale cornuta, della stessa Belladonna. Può darsi, in verità, che intervengano non raramente fatti di sinergismo, terapeuticamente molto apprezzabili, nonchè ne derivi una maggiore tolleranza e azione più prolungata per la stessa lentezza dell'assorbimento. Ma, tra parentesi, sia detto che molte volte si tratta di una semplice impressione e che il ritorno alla droga non significa *sempre* nè un progresso scientifico nè un vantaggio terapeutico. Nel caso in ispecie può darsi che principii secondari noti o malnoti, presenti nelle radici di Atropa Belladonna (nelle foglie è stata accertata la presenza di basi amminiche, piridiniche e pirroliche) coadiuvino forse, fino a un certo punto, l'azione dell'atropina. Va ricordato però che le numerose « reazioni individuali » che disorientano il medico e creano perplessità e impongono una categorica sorveglianza individuale trovano spesso la loro ragione non già nell'individuo ma nel maneggio di una droga imperfettamente nota qualitativamente e quantitativamente. Cosa che non avviene con l'impiego di un principio attivo ben noto, purificato e dosato.

Sarei ancora portato a credere che le prescrizioni bulgare della ginnastica, del massaggio o le pratiche idroterapiche non spieghino una importanza decisiva sulla tolleranza, sull'azione e sulla eliminazione dei principi attivi. Bensì giovino, se mai, a migliorare il ricambio muscolare, più o meno compromesso dallo stato di inerzia. Infine sia riconosciuto, senza esitazione, che la massima parte — se non la totalità — dell'efficacia della cura riposa effettivamente sulla assunzione dell'atropina.

Non avendo pratica personale non spetta a me stabilire se i risultati della somministrazione del decotto di radice di Belladonna siano superiori a quelli ottenuti dall'impiego della sola atropina ad alte dosi. Il farmacologo, su questo terreno, deve limitarsi a seguire e possibilmente interpretare i fatti che la clinica rileva. Ma per la doverosa attenzione riservata alla bibliografia su questo soggetto non mi sembrerebbe che gli effetti, quali appaiono ora per l'impiego della Belladonna bulgara, siano molto differenti da quelli riferiti dal Roemer sui suoi 200 pazienti o da quelli di Marinesco e Façon o da quelli di Duthoit e Sence o da quelli, riassunti nel 1933 dal Ravina. Si ritrovano gli stessi giudizi altamente favorevoli e quasi le stesse parole. Conclusioni, in verità, sovrapponibili in tutto e per tutto: scomparsa della rigidità, dei tremiti, dei disturbi della parola e della marcia, delle crisi oculogire. Col trattamento esclusivamente atropinico il 60 % dei malati avrebbe potuto riprendere le normali occupazioni. In un caso che datava da 13 anni (Duthoit e Sence) l'ammalato, completamente immobilizzato, che non poteva mangiare da sè, si alzò e bastò a sè stesso, dopo 40 giorni di cura.

Se così è, si accantoni dunque alla terapia questo nuovo prezioso trattamento. Restino liberi i medici, come per qualunque altro trattamento, di preferire i preparati galenici della Atropa Belladonna, reperibilissima, come si sa, in Italia e ovunque (foglie o radici), ovvero il principio attivo fondamentale e decisivo, l'atropina. Ma si svuoti, come ha felicemente iniziato il Panegrossi, il mistero bulgaro, rimovendo altresì le residue incrostazioni empiriche e tranquillamente riportando il successo all'impiego di una radice ben nota, quella dell'Atropa Belladonna e quindi all'azione del suo principio attivo, l'atropina.

È possibile che alla migliore posologia di questo alcaloide giovi il fatto ben stabilito della maggior tolleranza che ne hanno gli encefalitici (Bremer), la convenienza di adottare un metodo cautamente progressivo (sono stati toccati, a cura inoltrata, anche i mg. 20 quotidiani ed oltre! iniziando però da piccolissime dosi), la mancanza sicura di fenomeni di accumulo e di assuefazioni, nonchè l'opportunità di somministrare l'alcaloide in dosi molto refratte, per via di granuli o meglio di gocce. Se la sorveglianza è oculata i disturbi, come il Panegrossi ha pur rilevato, non sono notevoli e saranno assai meglio evitati, riconosciuti, presentiti e quindi opportunamente combattuti ora che si sa che dipendono da atropina. Sono i trattamenti ignoti quelli che lasciano disorientati i medici e spiacevolmente esposti i sofferenti: la sana te-

rapia, anche la più audace, non può riposare, ai nostri giorni, che nella conoscenza quanto più possibile completa delle armi che impieghiamo.

RIASSUNTO.

La radice della *Atropa Belladonna* bulgara ha un tasso di alcaloidi che corrisponde a quello della radice italiana (spontanea e coltivata) ed europea in genere, nonchè a quello delle stesse foglie officinali in tutte le Farmacopee. L'azione spiegata dalla radice bulgara nei postumi dell'encefalite epidemica è da riportare alla riconosciuta azione della atropina, il cui impiego esclusivo permetterebbe probabilmente trattamento più sciolto a posologia più pratica e sicura. Nessuna azione è da attribuirsi ai preparati collaterali (pillole, cartine, ecc.) della cosiddetta « cura bulgara ».

(Pervenuto in Redazione il 28 gennaio 1935).

OSPEDALE AL POLICLINICO UMBERTO I°
VI PADIGLIONE (REPARTO « REGINA ELENA »)

Sulla così detta "cura bulgara" del parkinsonismo postencefalitico.

(NOTA AGGIUNTIVA).

Prof. GIUSEPPE PANEGROSSI, medico primario.

La cura del parkinsonismo postencefalitico che sto praticando al Policlinico con prodotti provenienti dalla Bulgaria continua a svolgersi regolarmente con esito sempre più lusinghiero.

Il numero dei malati, così curati, che nell'ottobre u. s. (epoca in cui la mia prima nota sull'argomento fu compilata) era di 105, è oggi salito a 236 e va continuamente aumentando.

L'ulteriore osservazione ha confermato il mio precedente giudizio, che cioè questa cura rappresenta quanto di meglio e di più razionale sia possibile offrire a questi ammalati.

I risultati della medesima sono stati infatti i seguenti:

Nei casi leggeri, anche di antica data, si è avuta costantemente la « virtuale » guarigione dell'infermo, sia pure con lieve difetto (è residuato un po' di tremore o qualche accenno di tanto in tanto a crisi oculogire o un po' di debolezza o qualche disturbo della parola). Tutti i pazienti sono tornati in grado di riprendere le loro occupazioni, o, per lo meno, di applicarsi a qualche lavoro leggero.

Dei malati di media gravezza e anche gravi, i più sono notevolmente migliorati e tornati in condizioni di muoversi e camminare liberamente, di bastare a loro stessi: in una grande minoranza, il miglioramento è stato meno deciso ed essi devono, specie in alcuni giorni, essere ancora aiutati in qualche loro necessità.

I malati gravissimi passano ancora la loro vita fra il letto e la poltrona, ma tutti hanno guadagnato qualcosa (possono essere alimentati meglio, riescono a dire qualche parola, alcuni possono anche camminare da soli) e quasi tutti accennano a guadagnare ancor più.

Non son mancati esempi, in cui il miglioramento è stato inaspettatamente rapido o ha assunto proporzioni insperate ed altri invece, in cui esso, contrariamente alle previsioni fatte, si è a un certo punto arrestato, presentando delle forti oscillazioni, che fanno temere di una grave infezione ancora in atto e quindi dell'esito della cura. Il numero di questi ultimi casi è stato per fortuna assai esiguo.

Tali risultati non hanno presentato carattere effimero, transitorio. I malati primi entrati nel reparto e ormai in cura da nove mesi, salvo qualche eccezione, nulla hanno perduto di quanto hanno acquistato. Nei casi gravi il miglioramento si è spesso manifestato in modo evidente solo dopo qualche mese dacchè la cura era stata iniziata: segno, che gli effetti di queste radici, con l'assuefazione al rimedio, anzichè dileguarsi, si sommano. Sono a conoscenza, da fonte ineccepibile, di malati che hanno fatto la cura sette anni or sono, smettendola dopo un biennio, ed ancora van bene. Ho avuto notizia di un ingegnere, in cura ormai da quattro anni, che, dopo aver potuto, grazie a ciò, riprendere il suo posto in un grande stabilimento industriale, nel suo ufficio attualmente persevera ed è anche in grado di disegnare con abilità non comune.

La previsione che quindi può farsi sull'avvenire di questi ammalati, resta sempre, che, nei casi lievi, dopo un certo tempo la cura potrà senza pregiudizio venire interrotta, salvo ad essere ripresa, per precauzione, di tanto in tanto, e, che, nei casi gravi, continuandola a lungo, sia pure per tutta la vita, il pericolo che il malato torni allo stato *quo ante*, potrà, quasi sicuramente, venire scongiurato. L'ultima parola in proposito, però, non potrà dirla che il tempo e l'osservazione ulteriore.

L'esperienza, oggi più lunga, ha confermato che questa cura, non giova solo nei casi di parkinsonismo apparentemente stabilizzato, che hanno più l'aspetto di un « postumo » dell'encefalite epidemica, ma anche in quelli a carattere progressivo, che meglio vengono interpretati come « forme protratte » di questa affezione, purchè il decorso sia sufficientemente lento, dia tempo,

cioè, all'infezione di spegnersi, spontaneamente o grazie alle razionali condizioni igieniche e dietetiche in cui è posto il malato, nel mentre vien riparato ai suoi danni. L'obiezione che la sua utilità non sia qui che apparente, perchè l'infezione ancora in atto può finire col neutralizzarne l'effetto, è quindi applicabile, al più, a quei casi, particolarmente gravi, cui sopra ho accennato.

L'esperienza, oggi più lunga, ha riaffermato la necessità che questa cura venga iniziata in una clinica o in un ospedale. Tali malati non possono, in un primo tempo, essere curati a domicilio e tanto meno ambulatoriamente.

Durante la continuazione dell'esperimento nuove analisi sono state eseguite sui prodotti da noi usati e il risultato è stato il seguente:

È stato assodato, in modo sempre più certo, che parte essenziale di questa cura sono le radici di *Atropa Belladonna*, commiste al rizoma di questa pianta; che queste radici (in minor grado il rizoma) sono ricchissime in principî attivi (ne contengono circa il 0.80 %); che tali principî sono in massima parte rappresentati dall'atropina, per il resto dall'iosciamina, dalla scopolamina, dalla duboisina, ecc.; che sul loro contenuto influiscono circostanze le più svariate (piante spontanee o coltivate, luogo di provenienza, qualità del terreno, metodo di concimazione, ecc.).

È stato accertato, altresì, che gli altri ingredienti che compongono questa cura, fatta eccezione forse per la seconda radice, appartenente al Calamo aromatico, non hanno alcun apparente valore terapeutico e non possono perciò esser presi in seria considerazione. Ciò non infirma peraltro l'importanza degli altri elementi.

Una domanda, in apparenza giusta, a questo punto potrebbe farsi. Se base di questa cura sono le radici di *Atropa Belladonna*, perchè insistere nel loro uso e non preferire piuttosto quello dell'atropina, di più facile maneggio e che in forti dosi sembra riesca egualmente efficace? Si vuole con ciò alludere alla cura che Roemer pratica a Hirsau, giungendo a dosi di quest'alcaloide quasi iperboliche (fino a 24 milligrammi *pro die!*) e realizzando, a suo dire, effettivi vantaggi. Da quanto a me consta, però, per la cura di Roemer, anche più che per la nostra, è necessario un lungo periodo di assuefazione, sotto un rigoroso controllo; sicchè nessun beneficio da questo punto di vista ne verrebbe ai malati. Roemer poi, accusa i successi, ma non dice in quanti casi la sua cura non è tollerata. A giudicare dalla nostra esperienza, tali casi non dovrebbero essere molti. Essa ci dice infatti, che l'azione di questo ed altri alcaloidi suoi isomeri (scopolamina, ioscina, iosciamina, ecc.) riesce qui violenta e fugace, che la loro dose deve essere con l'abitudine continuamente aumentata, che il tollerarli è privilegio di pochi, fra i tantissimi che dovrebbero usarli. Sappiamo inoltre che qui in Italia non si è riusciti a superare la dose di 10 milligrammi di atropina al giorno e ciò anche in via di eccezione. Altri vantaggi ha su quella di Roemer la nostra cura. Nelle radici bulgare, oltre l'atropina, son contenuti numerosi altri alcaloidi e forse anche dei principî attivi finora ignoti, nella naturale loro distribuzione e proporzione: e qui sta certo il segreto dello speciale valore di questa cura. L'azione di siffatte radici non è effimera come quella dell'atropina: lo prova il fatto, che, mentre con la cura Roemer basta sospendere per un sol giorno ed anche meno la somministrazione del rimedio per vedere ricomparire tutti i disturbi, con le radici bulgare questa sospensione è potuta avvenire per una settimana ed anche più (una volta due mesi), senza che il malato ne abbia risenteso. Ciò verosimilmente in rapporto col più lento assorbimento e la più tarda eliminazione dei principî attivi che si verifica con queste radici. Si è fatta accusa alla nostra cura di mettere a troppo dura prova il tempo e la pazienza del medico durante il periodo dell'assuefazione per l'incerta e incostante composizione del preparato. Ma se i malati di Roemer sono tenuti tre mesi sotto controllo, segno è che non questa è la causa di ciò, bensì la forte tossicità delle solanacee, la diversa tolleranza degli infermi di fronte ad esse, qualunque sia la forma sotto cui son propinate. E ancora, mentre con l'atropina una volta raggiunta la massima dose, questa deve essere mantenuta allo stesso livello, pena di veder comparire, come nei morfinomani, imponenti sintomi da astinenza e di riperdere d'un colpo il beneficio ottenuto, con le nostre radici, una volta trovata la « dose ottima », questa non solo può, ma deve essere diminuita e l'effetto continua egualmente, anzi spesso si accresce. Senza dire infine che in certi casi assai meno pericoloso è mettere in mano al malato o ai suoi famigliari una bottiglia di questo decotto, anzichè una soluzione concentrata di atropina, sufficiente ad uccidere parecchie persone.

Il vantaggio che offrono le radici bulgare sull'atropina può paragonarsi a quello delle foglie di digitale sulla digitalina, dell'oppio sul-

la morfina, della segala cornuta sull'ergotina e via dicendo. E nessun medico, che io mi sappia, ha ancora protestato contro tal modo di somministrare questi medicamenti, che anzi, ancor oggi, nella grande maggioranza dei casi, vien preferito, perchè più naturale, perchè più efficace.

Di fronte a siffatte considerazioni, che potrebbero anche sembrare non giuste, sta sempre il fatto (e i fatti hanno avuto sempre più importanza delle parole), che questi malati, ridotti ormai nello stato pietoso che tutti sanno, con la cura che viene praticata al Policlinico, fatta eccezione per qualche caso speciale, sono tutti tornati a rivivere o almeno a bastare a loro stessi: alcuni non sembra neanche siano stati malati: e dopo nove mesi continuano a star bene.

Che poi trattisi qui di empirismo, come da taluno si è fatta accusa, è questione di secondaria importanza. Tutte le nostre cure sono più o meno empiriche. Quello che monta, è che non difettino degli opportuni accertamenti scientifici e sopratutto che siano efficaci. E ambedue queste condizioni si verificano nel caso nostro.

(Consegnato in Redazione il 5 marzo 1935).

SUNTI E RASSEGNE

SISTEMA NERVOSO.

Sulla diagnosi del reumatismo cerebrale. I. Valore semeiologico del delirio di morte. II. Disordine cerebrale e disturbo dell'equilibrio acido-base.

(J. Cathala, E. Friedman e R. Laplane. *Presse Méd.*, 9 gennaio 1935).

Il reumatismo cerebrale rappresenta un quadro puramente clinico, senza substrato anatomico definito. La diagnosi è assai facile quando gli accidenti cerebrali scoppiano nel corso di una crisi reumatica o quando colpiscono un vecchio reumatico o quando una lesione cardiaca permette di presumere con verosimiglianza l'origine reumatica. Difficile diventa la situazione quando si osserva per la prima volta e in assenza di notizie precise sui precedenti un malato agitato, delirante, confuso. Non bisogna infatti dimenticare che il reumatismo cerebrale può essere un accidente precoce di una crisi frusta, di cui le localizzazioni articolari sono state discrete o sono rimaste ignorate.

È impressionante, in casi di questo genere, la gravità evidente dello stato del malato. L'agitazione o il torpore, l'alterazione dei tratti, il pallore del viso o al contrario la sua viva colorazione, lo sguardo disorientato o ansioso e implorante, i sudori, la secchezza della lingua, il grado della temperatura spesso molto elevato (ma talora non oltrepassante i 38°5 o i 39°), la parola breve, interrotta o il mutismo assoluto, i sussulti tendinei o i lenti movimenti carpologici, eventualmente un delirio con ricchezza di gesti, d'azione che può arrivare all'agitazione più disordinata e frenetica, sono tutti segni che rivelano uno stato grave, anche molto allarmante.

D'altra parte la semeiologia viscerale è assai povera. All'esame accurato non si trova nulla di molto consistente, la diagnosi resta incerta. Si è che nel reumatismo cerebrale i segni sui quali bisogna concentrare l'attenzione e che, con la sindrome tossi-infettiva, danno alla malattia la sua personalità clinica sono i sintomi mentali, la confusione e il delirio. Occorre dunque trovare nei libri di semeiologia mentale un metodo di esame di questi malati.

Il delirio ha nel reumatismo cerebrale una sua tonabilità caratteristica. Attivo, disordinato, caratterizzato da un flusso di parole incoercibili, di crisi, di minacce, di tentativi di fuga o di violenze contro le persone, o, al contrario, più calmo su un fondo di depressione angosciosa. Assai spesso l'ammalato è tormentato da funesti presagi e l'idea della morte emerge sul fondo mobile e incoerente del delirio e giustifica le reazioni violente di difesa o di fuga. Poi si assiste a questo spettacolo: l'ammalato si dice morto, assiste ai propri funerali, partecipa alla tristezza dei suoi.

Senza voler affermare che il delirio di morte sia proprio del reumatismo cerebrale, poichè altre tossi-infezioni del sistema nervoso possono creare i disturbi della anestesia che verosimilmente sono all'origine di questa spersonalizzazione delirante, non c'è dubbio che questa nozione, segnalata dai classici, si ritrova in un buon numero di osservazioni e vien confermata da due osservazioni riportate dagli AA.

Occorre notare che il reumatismo cerebrale, affezione particolarmente proteiforme nella sua espressione clinica, comporta anche altre modalità deliranti oltre al delirio ansioso. Tuttavia in una affezione di diagnosi difficile tutti gli indici clinici hanno il loro valore, e la frequente orientazione verso il delirio ansioso deve evocare l'idea del reumatismo cerebrale.

Gli AA. richiamano poi l'attenzione sui disturbi umorali presentati da uno dei loro malati. Esso presentava una ipocloremia con abbassamento del rapporto eritro-plasmatico, dunque orientamento verso l'alcalosi vera; correlativamente, senza dubbio in seguito a diminuzione della ventilazione polmonare, la riserva alcalina era alta. Questa constatazione suggeriva l'indicazione di terapie capaci di compensare lo squilibrio osservato.

Gli AA. hanno praticato delle iniezioni di siero clorurato ed hanno avuto l'impressione che il malato se ne sia giovato.

La patogenesi del reumatismo cerebrale resta misteriosa e tale rimarrà probabilmente fino a che il problema etiologico e patogenetico della malattia di Bouillard non avrà avuto soddisfacente soluzione.

In certi casi gli accidenti cerebrali guariscono senza sequele; in altri lasciano un indebolimento globale e prolungato delle facoltà intellettuali. Nei casi mortali la tecnica istologica ha messo in evidenza delle lesioni delle cellule cerebrali, diffuse, a carattere tossico. Gli AA. reputano che i disturbi dell'equilibrio umorale ed in particolare dell'equilibrio acido-base bastino a spiegare sia i disturbi funzionali sia la lesione distruttiva della cellula nervosa e pensano che verso questa via debbano essere orientate le ricerche future.

C. TOSCANO.

Alcuni dati favorevoli all'ammissione di un centro diencefalico nella patogenesi dell'asma bronchiale.

(A. SALMON. *Studium*, 1° febbraio 1935).

L'A. riprende in esame il dibattuto problema della patogenesi dell'asma bronchiale.

Ricorda anzitutto che nella genesi di questa malattia è stato da molti invocato uno squilibrio umorale, caratterizzato dalla diminuzione del calcio e dall'aumento del potassio.

Si è parlato anche di sostanze affini alla acetilcolina ed alla istamina che si formerebbero nel sangue degli asmatici. La genesi anafilattica della affezione è stata recentemente confermata dagli esperimenti di Frugoni e della sua Scuola. È stata anche prospettata una stretta correlazione col sistema endocrino e sono state chiamate in causa volta a volta: la tiroide, il timo, l'ipofisi, le surrenali, il pancreas.

Molto importanti sono i rapporti tra asma bronchiale e sistema nervoso. Le crisi insorgono infatti spesso in soggetti di famiglie nevropatiche e gli asmatici stessi soffrono talora di emicrania, epilessia, nevriti ecc. Ma è sopratutto il sistema nervoso vegetativo che viene incriminato: l'a.b. è stata definita financo un edema angioneurotico dell'apparato bronchiale. Certamente vi è stretta correlazione tra le crisi di asma e il n. vago, la cui eccitazione provoca la contrazione e lo spasmo dei muscoli bronchiali; inoltre le crisi migliorano in seguito ad iniezioni di adrenalina e pituitrina. Ma è bene ricordare che nel decorso dell'accesso di asma non mancano i sintomi simpatici: la tachicardia, la rinorrea spasmotica, la vasodilatazione e la ipersecrezione dei bronchi.

Quindi l'accesso asmatico non è una crisi puramente vagotonica, ma neurotonica a carattere prevalentemente vagotonico, dove i sintomi parasimpatici si combinano con quelli simpatici. L'importanza del bulbo nel meccanismo dell'a. b. è convalidata dai sintomi che depongono per l'eccitazione del nucleo centrale del vago e delle sue terminazioni (accentuazione del riflesso oculo-cardiaco, vomito). I disordini del ritmo respiratorio confermano l'interessamento del centro respiratorio bulbare. Infine i rapporti esistenti tra questa malattia e il seno carotideo confermano indirettamente l'importanza del bulbo nei riguardi dell'a. b.

L'A. viene quindi a trattare, ed è questo il principale scopo del suo lavoro, dei sintomi numerosi che parlano per una partecipazione al processo asmatico dei nuclei diencefalici, i quali sono i principali centri regolatori della vita vegetativa.

Gli accessi di asma insorgono spesso durante il sonno, sono seguiti da sonnolenza e migliorano con gli ipnotici che hanno azione elettiva sui nuclei diencefalici del sonno. Essi si accompagnano spesso a lieve ipertermia, cessano di frequente durante le febbri da causa tossica od infettiva e ricompaiono al termine di esse: ora la febbre, come si sa, implica la reazione del tuber cinereum. Al termine degli attacchi di asma bronchiale si nota talora una crisi di poliuria (sintoma diencefalo-ipofisario). La puntura lombare che provoca una viva reazione dei nuclei diencefalici, è stata capace in alcuni casi di sospendere le crisi. Degni di nota sono i rapporti tra a. b. ed ipofisi in quanto che si ha un miglioramento spontaneo degli accessi asmatici nelle condizioni in cui l'ipofisi è iperattiva (gravidanza, castrazione ovarica ecc.).

Vi sono numerosi punti di ravvicinamento tra attacchi di a. b. ed accessi epilettici, che depongono per un comune fattore patogenetico. Viene oggi ammesso sulla base di dati clinici e sperimentali un elemento diencefalico nella patogenesi delle crisi epilettiche. L'A. è del parere che per analogia un elemento diencefalico intervenga anche nel meccanismo degli accessi di asma, che presentano, come quelli epilettici, uno stretto rapporto con le principali funzioni diencefaliche. Più precisamente gli accessi di asma bronchiale troverebbero un terreno favorevole al loro sviluppo nella depressione funzionale dei nuclei tubero-infundibolari di natura simpatica, con conseguente iperattività funzionale dei nuclei vagotonici bulbari.

L'A. richiama infine l'attenzione sulla stretta affinità patogenetica tra accessi di a. b. e crisi anafilattiche, spiegabile col fatto che gli uni e le altre si sviluppano sul medesimo terreno, costituito da uno squilibrio dell'apparato vegetativo, cui partecipano i nuclei bulbari e diencefali regolatori di questo apparato.

VICENTINI.

La cura della paralisi progressiva con lo stovarsol sodico.

(A. Sezary. *Bulletin Médical*, 23 feb. 1935).

La paralisi progressiva è oggi generalmente curata con gli accessi febbrili, sopra tutto con quelli ottenuti dall'inoculazione della malaria. I successi sono incontestabili: almeno un terzo dei casi si giovano della cura introdotta nel 1920 da Wagner Jauregg.

Tuttavia non sono stati abbandonati i tentativi di cura chemioterapica. È noto che l'arsenico trivalente degli arsenobenzoli si mostra inattivo verso la metalue nervosa. Gli esperimenti fatti con l'arsenico pentavalente sono stati più fortunati.

Contemporaneamente sono state fatte larghe applicazioni con la triparsamide in America e con lo stovarsol in Francia, e con risultati più che incoraggianti.

Lo stovarsol è l'acido ossiacetilaminofenilarsinico. È insolubile nell'acqua, e quindi può essere somministrato solo per os. Ma per questa via si dimostra poco attivo al meno nella sifilide nervosa.

Il suo sale sodico, lo stovarsol sodico, è solubile in acqua e quindi adoperabile per via paraenterale.

Le soluzioni possono conservarsi parecchie settimane all'oscuro, ma è preferibile prepararle al momento dell'uso. A tale scopo basta versare in una fiala che contiene la polvere 10 cmc. d'acqua distillata per ogni grammo di stovarsol sodico.

Le iniezioni riescono indolore. È preferibile la via sottocutanea o intramuscolare. Si inietta un grammo per volta: è consigliabile fare la prima iniezione di mezzo gr. per saggiare la tolleranza del malato.

Si praticano 21 iniezioni, tre ogni settimana. Dopo la prima serie si sospende per un mese, e quindi si fa una seconda serie di 21 iniezioni, e dopo un intervallo di un mese e mezzo una terza serie ed eventualmente una quarta nelle medesime condizioni.

Tale cura può essere praticata nello stesso modo nell'anno successivo ed anche per più anni.

Le condizioni su esposte sono tassative. Aumentare le dosi, rendere più frequenti le iniezioni, adoperare la via endovenosa espone a rischi seri, e d'altra parte con dosi più basse e meno frequenti si compromette l'efficacia della cura.

Tutt'al più quando nella prima serie, in genere dopo la quindicesima iniezione, si constata un miglioramento si possono praticare fino a 30 iniezioni, invece di 21, per confermare il buon risultato.

Si può eventualmente associare alla cura il bismuto, praticando un'iniezione di questo metallo ogni cinque giorni, ossia dieci iniezioni per ogni serie di stovarsol.

Durante la cura il malato deve essere attentamente sorvegliato perchè lo stovarsol in alcuni individui non è scevro di pericoli. Si possono avere, quantunque più raramente, accidenti analoghi a quelli dati dall'arsenico trivalente (crisi nitroide, neurite, eritema, eritrodermia), e sopratutto, quando si adoperano dosi eccessive o la via endovenosa, o quando il nervo ottico del malato è particolarmente fragile, disturbi gravi della visione. Occorre perciò che prima di ogni iniezione sia esaminato il campo visivo e l'acutezza visiva e indagare se il malato ha fosfeni. L'esplorazione del fondo dell'occhio non è sempre possibile, nè dà indicazioni utili perchè nella neurite ottica da arsenico pentavalente si può avere un forte abbassamento della vista ed anche la cecità prima che compaiono modificazioni della papilla.

Al primo sospetto di disturbo visivo bisogna interrompere la cura e nel caso il disturbo persista abbandonarla del tutto.

Costituiscono altre controindicazioni per lo stovarsol l'alcoolismo, l'insufficienza renale, epatica e cardiaca, la coesistenza della tabe per le concomitanti lesioni del nervo ottico, lo stato di deperimento generale, la cachessia.

Lo stovarsol, come del resto la malariaterapia, non dà successi costanti e completi, ma tuttavia abbastanza soddisfacenti.

Dall'esperienza fattane in 500 si può desumere quanto segue:

Su i disturbi neuropsichici l'effetto dello stovarsol si manifesta verso la quindicesima iniezione e si accentua con il progredire della cura, durante la prima sosta e la seconda serie di iniezioni. Poi se l'azione terapeutica è incompleta i progressi sono più lenti e le serie ulteriori non fanno che consolidare il risultato. Comunque bisogna sempre insistere nella cura per evitare le ricadute. Quando il miglioramento non si verifica neppure nel corso della seconda serie è difficile che si abbia in seguito.

Migliorano più sensibilmente gli stati di eccitazione e deliranti, meno gli stati di indebolimento intellettuale e meno ancora la demenza.

Nei primi il successo più o meno completo si ha nei due terzi dei casi. Talvolta si ha perfino l'impressione della guarigione completa.

Nei casi nei quali esiste solo indebolimento intellettuale il vantaggio si nota nella metà dei casi.

Nelle forme demenziali il vantaggio si ha in un quarto dei casi e veramente sensibile solo nel 10 %.

Dal punto di vista fisico si ha un aumento di peso ed una ripresa di forze.

Sulle anomalie del liquido cefalo-rachidiano l'azione dello stovarsol si manifesta più lentamente che sui disturbi mentali e somatici, senza che per altro esista un parallelismo tra le modificazioni cliniche e quelle biologiche.

Tuttavia a lungo andare nel liquido cefalo-rachidiano il contenuto chimico e morfologico, nonchè le reazioni biologiche ritornano normali. È strano che anche in tali casi possono persistere le manifestazioni cliniche e somatiche della paralisi progressiva.

Lo stesso comportamento ha la reazione di Wassermann nel sangue.

Nel complesso risulta non dubbio che lo stovarsol sodico ha un'azione favorevole nei paralitici progressivi. Non si può ancora dire se questo metodo di cura sia superiore o inferiore alla malariaterapia. Sembra che lo stovarsol dia insuccessi quando la malariaterapia sia rimasta efficace e viceversa, specie quando i due sistemi di cura sono adoperati a distanza di tempo l'uno dall'altro. Certo che l'associazione delle due cure, trattamento allo stovarsol fatto subito dopo la malariaterapia, dà i migliori risultati. DR.

Episodi meningei tubercolari curabili e bacillosi meningee.

(G. PAISSEAU e M.me LEGUERRIÈRE. *Ann. de Méd.*, febbraio 1935).

Sono noti dei casi autentici di meningite tubercolare con esito in guarigione. Jousset ne ha riunito 72 nei quali la natura della meningite è dimostrata dalla presenza dei bacilli nel liquido cefalo-rachidiano completata, in qualche caso, dalla inoculazione nella cavia, che dimostra la normale virulenza dei bacilli.

Gli AA. si sono chiesti se le nuove tecniche che sono state applicate allo studio batteriologico della tubercolosi non possano permettere di precisare la frequenza reale di queste meningiti tubercolari curabili e anche di stabilire una relazione fra l'evoluzione favorevole di queste meningiti e la virulenza del bacillo tubercolare.

Adoperando contemporaneamente i metodi di inoculazione secondo la tecnica di Calmette-Valtis e le culture secondo Lowenstein, gli AA. hanno ottenuto dei risultati che possono essere classificati in tre categorie: episodi meningei curabili dei tubercolosi, meningiti acute linfocitarie benigne e bacillosi meningee senza meningite.

Episodi meningei curabili dei tubercolosi. — Si tratta di sindromi che possono essere attenuate ma presentano talora tutti i caratteri di una meningite tubercolare nel suo periodo di stato da cui non si distinguono che per la loro evoluzione imprevista verso la guarigione.

Non è eccezionale osservare, nel corso di tubercolosi evolutive a localizzazioni diverse, degli accidenti meningei che terminano con la guarigione o con una remissione prolungata. Generalmente, in assenza di dimostrazione batteriologica, l'interpretazione di questi episodi meningei curabili dei tubercolosi resta incerta.

In due casi di meningiti linfocitarie in tubercolosi, terminati in guarigione, gli AA. hanno potuto mettere in evidenza, con la cultura e l'inoculazione, la presenza di bacilli acido-resistenti nel liquido cefalo-rachidiano. Una terza osservazione concerne un caso di meningite consecutiva a traumatismo cranico ugualmente terminata in guarigione. Il liquido cefalo-rachidiano, in cui la linfocitosi era estremamente abbondante, era, all'esame diretto, popolato da numerosi bacilli acido-resistenti.

È da notare che, mentre nel primo caso fu trovato un bacillo acido-resistente con caratteri analoghi a quelli del virus tubercolare filtrabile, nel secondo caso furono trovati bacilli acido-resistenti che, su mezzo di Lowenstein, diedero luogo a formazione di microcolonie non coltivabili nei passaggi successivi e che non tubercolizzarono la cavia.

Queste osservazioni tendono a fare ammettere che, a lato alle meningiti tubercolari dovute a bacilli di virulenza normale, che nonpertanto possono esitare in guarigione, altre meningiti ugualmente curabili, che intervengono tanto in individui tubercolosi quanto in individui apparentemente non tubercolosi, possono essere dovute a bacilli tubercolari che presentano le caratteristiche del virus tubercolare filtrabile, di cui la virulenza modificata potrebbe spiegare l'evoluzione verso l'esito favorevole. I procedimenti di ricerca che gli AA. hanno adoperato potranno forse dirci qualcosa di più sulla frequenza reale di questi episodi meningei tubercolari curabili, permettendo di rinvenire, nel liquido cefalo-rachidiano, sia dei bacilli tubercolari tipici, che i procedimenti abituali di ricerca non avrebbero permesso di mettere in evidenza, sia gli elementi filtrabili del bacillo tubercolare.

Stati meningei o meningiti linfocitiche. — Sono noti da molto tempo questi stati meningei che insorgono con l'apparenza di una sindrome meningitica con reazione del liquido di intensità variabile e che terminano il più spesso in guarigione. Si parla di meningite acuta linfocitaria benigna, di natura indeterminata, simulante la meningite tubercolare.

L'ipotesi dell'origine tubercolare di questi accidenti è stata avanzata e gli AA. insistono sulla sua verosimiglianza, citando anche un caso di loro osservazione in cui nei gangli di due cavie inoculate furono trovati alcuni bacilli acido-resistenti isolati.

Bacillosi meningee. — Alcuni risultati fanno pensare che, in condizioni eccezionali, sia possibile la penetrazione nel liquido cefalo-rachidiano di bacilli tubercolari senza che insorgano manifestazioni cliniche di meningite e modificazioni del liquido cefalo-rachidiano. Toulouse, Valtis, Schiff e Van Deinse hanno trovato, nel liquido cefalo-rachidiano di un malato affetto da demenza precoce senza al-

con segno di meningite un bacillo tubercolare di virulenza media. Gli AA. hanno fatto la stessa constatazione in un lattante di 17 mesi, affetto da granulia e che, 12 giorni prima della morte, presentava un liquido cefalo-rachidiano, assolutamente normale citologicamente, e come contenuto di albumina, ma capace di provocare nella cavia una tubercolosi generalizzata nel termine di sei settimane. Si trattava dunque di bacilli di virulenza normale, ma in numero molto piccolo, poichè una seconda cavia inoculata simultaneamente non rimase tubercolizzata. Tuttavia, fino alla fine, l'infermo non presentò segni meningei.

Il carattere eccezionale di queste osservazioni non permette attualmente di trarre delle conclusioni; esse tenderebbero però a fare ammettere la possibilità, nel corso di certi stati tubercolari, del passaggio nel liquido cefalo-rachidiano di bacilli tubercolari che, malgrado la loro virulenza, non provocherebbero necessariamente meningite. Resta de determinare se questa bacillosi meningea può restare completamente latente o se non preceda semplicemente, in uno spazio di tempo determinabile, lo scoppio di sintomi meningei.

C. TOSCANO.

CUORE E CIRCOLAZIONE

Ossalemia e ossaluria nelle affezioni cardio-vascolari.

(C. SCAGLIONI. *La Riforma Medica*, 2 febbraio 1935).

Poichè le alterazioni di circolo portano modificazioni nutritive e respiratorie dei tessuti, si è pensato che esse potessero di conseguenza alterare il metabolismo dell'acido ossalico; ma le ricerche finora fatte sull'argomento non hanno portato a conclusioni concordi.

L'A. perciò ha ritenuto opportuno seguire il comportamento della ossalemia ed ossaluria nelle alterazioni dell'apparato vascolare, servendosi dei metodi, rispettivamente di Merz-Maugeri e Maugeri che permettono una precisione di ricerca notevole. I pazienti in esame venivano sottoposti a dieta priva di sostanze ossalofore: il sangue veniva prelevato a digiuno e l'ossaluria era ricercata sulle orine delle 24 ore. Cominciò l'A. le sue ricerche con la determinazione del tasso ossalemico ed ossalurico in individui normali: per la ossalemia riscontrò cifre oscillanti fra mgr. 2,8 % e 5,4 %, per l'ossaluria fra mgr. 1 e 6,5 %.

I malati studiati furono 17 mitralici, 7 aortici, 2 casi di insufficienza del cuore destro portatori di deformità toraciche, 1 blocco parziale, 1 caso di miocardite acuta, 1 caso di miocardosi post-difterica.

I risultati ottenuti furono i seguenti:

1) nelle cardiopatie scompensate con segni di squilibrio idraulico, l'ossalemia apparve costantemente aumentata (6,1-13,8 %) e così pure il tasso ossalurico, mentre la eliminazione ossalica orinaria totale delle 24 ore era nei limiti normali;

2) entrando nel periodo di compenso l'ossalemia era quasi o del tutto normale ed il tasso ossalurico era abbassato;

3) nei vizi di cuore ed in genere in tutte le cardiopatie compensate, l'ossalemia si rivelò sempre normale.

Nel tentativo di spiegare questi fatti, l'A. crede debba tenersi in poco conto l'ipotesi di Loeper e Tonnet riguardante una esagerata formazione di ac. ossalico dal glicogeno cardiaco, perchè in tal caso l'ossalemia dovrebbe essere aumentata anche nelle cardiopatie compensate.

Invece l'organo che probabilmente è alla base di queste alterazioni del metabolismo dell'ac. ossalico è il fegato, il quale avendo alterate le sue funzioni nella stasi sanguigna, influenzerebbe i processi del ricambio ossalico. Però è difficile stabilire se il fegato da stasi sia causa di maggior produzione di acido ossalico oppure di una minore scissione di esso. Anche il rene da stasi può avere la sua parte in queste alterazioni del ricambio ossalico.

VICENTINI.

I singoli farmaci nella terapia delle miocardiopatie non scompensate.

(P. MORAWITZ. *Deutsche Mediz. Wochenschr.*, 4 genn., 1935).

Sono molteplici le malattie del muscolo cardiaco, che pur non rientrando nel quadro dello scompenso, hanno bisogno e si giovano di cure medicamentose. Fra esse vanno annoverate le aritmie, i disturbi di conduzione, stati tachicardici, cardiopatie luetiche e infine l'angina pectoris.

L'A. nella sua esposizione, invece di riferirsi alle singole malattie, ha preferito studiare caso per caso le indicazioni dei singoli farmaci.

Considerando le indicazioni della digitale, l'A. fa rilevare come questa viene applicata troppo spesso e senza discernimento. Nel campo delle aritmie senza scompenso essa si rende utile sopratutto, e forse esclusivamente, nei casi di tachiaritmia; la digilatizzazione prolungata riesce a determinare una pseudoeuritmia — cioè un'azione cardiaca non troppo frequente — con miglioramento della sintomatologia subiettiva.

Lewis e Barrier avrebbero talora osservato sotto l'azione della digitale il trasformarsi di un « flutter » in fibrillazione con ritorno al ritmo normale dopo la brusca sospensione del farmaco. Le aritmie extrasistoliche, fra queste anche la tachicardia extrasistolica, rappresentano una controindicazione alla digitale; lo stesso dicasi dei disturbi di conduzione e della sclerosi coronaria. L'A. si dimostra poco favorevole anche alla digitalizzazione sistematica di tutti i cardiopatici anziani proposta da Christian e Jagic, perchè qualunque schema-

tizzazione in questo campo non può riuscire che dannosa.

Il chinino e il suo derivato — la chinidina — godono la meritata fama di « specifici » dei disturbi del ritmo, da quando Wenkebach ha osservato il ritorno al ritmo normale di un cuore in preda ad aritmia completa in seguito all'azione del chinino. Il procedimento classico della normalizzazione del ritmo consiste nel somministrare, previa digitalizzazione, dosi crescenti di chinidina (fino a 1,2 gr.) e poi bruscamente ritornare alla digitale. Però, il successo ottenuto raramente si mantiene più di qualche settimana; il procedimento inoltre non è scevro di pericoli sia per l'indebolimento del miocardio sia per la possibilità di un blocco o di mobilizzazione di un embolo. Tale trattamento dunque, pur essendo talvolta raccomandabile, non costituisce oramai l'indicazione principale della chinidina; essa può rendersi utile anzitutto quale profilattico dell'aritmia completa; somministrandone piccole dosi (0,2-0,3 gr. pro die) si prevengono gli attacchi transitori di fibrillazione che frequentemente preludono all'istituirsi dell'aritmia perpetua. Inoltre, col trattamento chinidinico si riesce talora a debellare le aritmie extrasistoliche insistenti. Anche l'attacco di tachicardia parossistica può essere interrotto mediante somministrazione endovenosa di chinino (0,2-0,7 gr. di bicloridrato di chinino).

Ma sopratutto riesce preziosa l'attività della chinidina nella profilassi della sincope cardiaca (« Sekundenherztod ») — conseguenza della fibrillazione ventricolare. Somministrando sistematicamente 0,2 gr. di chinidina basica pro die agli infermi nei quali era da presumersi tale pericolo, l'A. è riuscito a ridurre di molto il numero delle morti da insufficienza cardiaca acuta.

Valutando l'azione dei cosidetti ormoni circolatori, del tipo di « Padutin » e « Lacarnol », « Eutonon », l'A. osserva come le speranze, in primo tempo suscitate da questi, si sono dimostrate infondate. Riassumendo in breve le possibilità terapeutiche degli ormoni circolatori (e fra questi anche dell'ormone disinsulinizzato del pancreas) si nota come esse sono limitate esclusivamente alla componente funzionale delle angiopatie. Dunque se possono essere utili in alcune neurosi vasomotorie (tipo morbo di Raynaud) e solo in qualche caso di angina pectoris, nella maggior parte delle malattie circolatorie sono destinati a fallire; confidando troppo in questi mezzi si giunge talora a nuocere al paziente inquanto che viene ritardata la terapia radicale, come p. es. l'amputazione nelle gangrene arteriosclerotiche ecc.

Le fleboclisi glucosate costituiscono un'acquisto recente nella terapia delle miocardiopatie. Gli effetti favorevoli del glucosio introdotto nel circolo non sarebbero dovuti, come pensa Büdingen, alla migliore nutrizione del miocardo, ma secondo le vedute più recenti sarebbero la conseguenza dei processi osmotici che esso provoca; si avrebbe un'immissione nel circolo di liquidi tissulari con scarso contenuto salino e proteico e quindi una diluizione del sangue; si osserva inoltre una vasodilatazione specie a carico delle coronarie. I migliori risultati vengono conseguiti nell'angina pectoris con o senza insufficienza circolatoria come pure nella claudicazione intermittente. Per quel che riguarda le modalità di somministrazione, l'A. dà la preferenza a soluzioni concentrate (25-50 % in quantità di 50 cc.) a cui associa la strofantina o la digitale nel caso di scompenso. La somministrazione contemporanea dell'insulina non sarebbe necessaria secondo l'A.

I comuni sedativi e antispastici possono rendere preziosi servizi nell'aritmia extrasistolica e nell'angina di petto; l'A. raccomanda l'associazione di essi alla teobromina e alla chinidina come p. es. nella formula; solfato d'atropina gr. 0.0005, luminal gr. 0,05, solfato di chinidina gr. 0.1, teobromina gr. 0,30 2-3 volte pro die. Fra i medicamenti sedativi, specie per la sua azione sul sistema neuro-vegetativo va ricordato il calcio, efficace però solo nella somministrazione per via parenterale.

Per quel che riguarda le cardiopatie di origine luetica, esse nella maggior parte dei casi sono passibili della cura specifica; la base di questa è costituita dallo iodio in grandi dosi associato al bismuto; ma anche gli arsenobenzoli trovano la loro indicazione salvo i casi di angina di petto e disturbi di conduzione da gomme miocardiche.

Tali sarebbero le direttive principali della terapia medicamentosa delle miocardiopatie non scompensate. Come abbiamo visto, esse, salvo qualche eccezione, si limitano ad indicazioni di farmaci oramai noti e largamente sperimentati; ed è appunto per questo che hanno il merito di poter essere applicate nell'attività corrente del medico pratico.

S. MINZ.

IGIENE.

Le diete nell'atletica.

(A. ABRAHAMS. *The practitioner*, dic. 1934).

Le vedute odierne sono assai diverse da quelle che si avevano in passato, quando, all'atleta si permettevano o si negavano particolari cibi e bevande, partendo da criteri puramente empirici e da apprezzamenti arbitrari.

Il cibo contribuisce certamente alla trasformazione di un organismo non atletico in atletico solo come generatore di energia; è perciò evidente che ogni cibo, in quanto sorgente di energia, sia adatto al caso. Condizione principale però è che esso sia ben digerito perchè un accumulo di materiali non digeriti determina uno spreco di energia, venendo questa ad essere come deviata verso gli organi digestivi e quindi sottratta a quella necessaria per il conseguimento del pieno sforzo muscolare, senza contare i disturbi ripercuotentisi sui polmoni e sul cuore dovuti al sollevamento del diaframma causato dalla soverchia distensione ad-

dominale con una sintomatologia che a volte può far pensare ad una vera e propria cardiopatia. Si darà perciò, in linea di massima, la preferenza a cibi facilmente digeribili e aventi un alto potere energetico.

Circa la *quantità* del cibo, non bisogna perpetuare l'errore consistente nel credere che, in periodo di allenamento, ad una maggiore quantità di cibo corrisponda un proporzionale accumulo di energia, perchè spesso invece la supernutrizione non porta che a disturbi dispeptici. Bisogna piuttosto rovesciare i termini della relazione: se l'esercizio muscolare genera appetito, l'atleta deve mangiare, prendendo a guida questo naturale istinto.

Ma ingerire deliberatamente grandi quantità di cibo, specie di proteine animali, con l'idea che in questo modo la forza muscolare venga ad essere automaticamente aumentata, è un errore, che però fortunatamente viene sempre più universalmente riconosciuto.

Si osserva del resto che i ciclisti su strada, pur dovendo fare sforzi considerevoli, non ingeriscono che quantità relativamente molto piccole di alimenti; ciò appoggia anche l'idea che il mangiare sia spesso una questione di abitudine e non una vera rappresentazione del bisogno di cibo. Si può però anche pensare che in certi individui sia maggiore la capacità di estrarre ed utilizzare i principi nutritivi dei cibi. Riguardo alla *qualità*, le *proteine*, come l'esperienza insegna, sono molto adatte.

I *carboidrati* anche sono da tenersi in considerazione; ingerire zucchero poco prima di una gara è cosa molto diffusa e può essere giustificata da ricerche fatte recentemente in America, secondo le quali l'esaurimento dei maratoneti dovrebbe ascriversi ad ipoglicemia.

È ridicolo invece credere che per ogni tipo di gara debba essere adatto un particolare genere alimentare; solo l'esperienza deve indicare quale è quel cibo che per qualità e quantità permette il maggior rendimento col minimo disturbo. Il « fattore individuale » deve essere perciò ben ponderato.

Se lo stesso atleta deve in una sola riunione disputare diverse gare può con vantaggio, prima della gara finale, prendere una tazza di tè con qualche zolla di zucchero.

Riguardo al *regime vegetariano*, bisogna tener conto che nel cosidetto vegetarianismo alcuni cibi di origine animale come le uova, il latte, il formaggio, sono permessi e che perciò in pratica la sola differenza consiste nell'astinenza della carne. Un'alimentazione a base di soli vegetali è insufficiente a fornire all'organismo umano il numero di calorie richieste.

G. M. Wishart (*Journ. Physiol.*, 1934, 189), ha recentemente osservato che in un ciclista vegetariano, col variare della dieta, si è ottenuto il massimo rendimento con una dieta altamente calorica ricca di proteine animali.

In generale si può dire che l'atleta che non mangi carne è una rarità, perchè niente meglio delle proteine della carne è in grado di assicurare la piena efficienza muscolare.

Delle *vitamine*, la più necessaria sembra la B. Questo darebbe ragione del perchè l'atleta senta un forte istintivo desiderio di burro durante l'allenamento, desiderio che i vecchi allenatori non assecondavano. Purtroppo esiste ancora il pregiudizio che l'*acqua* danneggi l'allenamento; la restrizione dei liquidi non può che arrecare danno, poichè con l'esercizio muscolare si perdono, sia a traverso la pelle che a traverso i polmoni, forti quantità d'acqua che devono essere compensate.

Le bevande saranno perciò permesse, ma ad intervalli e possibilmente a stomaco vuoto, per non determinare soverchia ripienezza, vale a dire il mattino nell'alzarsi, il giorno tra i pasti e la sera prima di coricarsi.

L'*alcool* non è necessario, e l'opinione generale che lo fa un « tonico » deve essere deprecata.

È opportuno infine trattare del *fumo*, quantunque il tabacco non faccia parte dei cibi. Esso gode universalmente la fama di nocivo per la respirazione; è stato dimostrato anche che il polso del fumatore di fronte allo sforzo svela una minore efficienza cardiaca. È anche possibile che il fumo eserciti un effetto nocivo sul sistema nervoso, consistente nel paralizzare o nel ritardare gli impulsi. Per tutte queste ragioni, deve essere proibito. M. RASTELLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

L. SCHEKTER. *Les infections grippales et saisonnières.* Un vol. in-16° di 104 pag. G. Doin, Paris, 1934. Prezzo 12 fr.

Libro essenzialmente pratico sull'influenza e sui raffreddori, presentato da una lusinghiera prefazione di N. Fiessinger. Si occupa delle cure generali e della terapia propriamente detta (antisepsi, alimentazione, trattamento dei singoli sintomi e sistemi), della sintomatologia e delle complicazioni dell'influenza, accennando da ultimo alla prognosi ed alla profilassi.

Le prescrizioni sono inspirate a criteri di praticità; talora forse si eccede nelle misure di antisepsi, di efficacia relativa.

L'influenza è una malattia proteiforme, che può talvolta dare quadri di grande gravità e merita tutta l'attenzione del medico a cui il libro dell'A. dà, per ogni caso, dei buoni consigli. *fil.*

L. CAILLON. *Le livre de l'hépatique.* Un vol. in-16° di 199 pag. N. Maloine, Paris, 1934. Prezzo 8 fr.

L'A. indica i segni ed i sintomi che fanno sospettare un'affezione epatica, accennando al-

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

le diverse malattie che possono colpire tale organo. Si diffonde particolarmente sul regime, sull'igiene dell'epatico e sui varî medicamenti che sono consigliabili in tali affezioni. Un capitolo speciale è dedicato alla fisioterapia ed un altro alle cure idrominerali, specialmente di Vichy. Da ultimo, numerose ricette veramente pratiche, per la cucina degli epatici.

Libro molto chiaro e consigliabile per i pazienti ai quali il medico non sempre può dare tanti particolari. D'altra parte, il malato intelligente diventa spesso un vero specialista per la sua malattia ed è opportuno fornirgli delle nozioni semplici, che lo aiutano a conoscersi ed a curarsi meglio. *fil.*

R. D. LAWRENCE e G. FEDULLO. *La vita del diabetico.* Un vol. in-8°, di pagg. 223, con 22 fig., rilegato. V. Idelson, Napoli, 1935. L. 20.

Il Lawrence, che è docente di biochimica e Direttore del Reparto diabetici al King' College Hospital di Londra, espone qui in modo chiaro i principî che regolano la vita del diabetico: l'eziologia, i sintomi, la diagnosi del diabete e le diverse questioni connesse: il digiuno, i vari tipi di cura, le complicazioni, diffondendosi particolarmente sul trattamento insulinico e le sue modalità.

Per facilitare i calcoli nella somministrazione della dieta, adotta il metodo della così detta *razione-linea*, che serve per dare un'alimentazione sufficiente ed una giusta ripartizione degli elementi nutritivi. Altro metodo a cui accenna è quello dei 5 grammi (peso di una porzione dei vari alimenti contenente 5 grammi di idrati di carbonio). Indica poi il modo di preparazione dei vari cibi, i metodi di analisi delle urine e riporta numerose tabelle di composizione degli alimenti, di misure, ecc.

Oltre che per i pazienti, per i quali forse il libro è piuttosto difficile, esso è utile per i medici che devono prescrivere le norme ai loro malati.

La traduzione è dovuta al dott. Fedullo, assistente nello stesso Ospedale, che ha anche fatto qualche adattamento per le nostre abitudini alimentari. *fil.*

L. VIDAL. *Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques*, 1935. Off. de Vulgarisation pharmaceutique, 107, Rue Lafayette, Paris.

Il presente dizionario comprende l'elenco delle specialità francesi (circa 6000); per circa 3000, fornisce l'indicazione delle rispettive ditte fabbricanti, della composizione, delle dosi, degli usi, del prezzo. Precede un elenco delle azioni medicamentose e delle rispettive indicazioni terapeutiche delle singole specialità e, da ultimo, un elenco alfabetico dei laboratori produttori, con le specialità che preparano.

Nonostante che da tutte le parti si senta tuonare contro le specialità, tutti le prescrivono; alcune di esse sono ormai tanto entrate nell'uso che non sono nemmeno più considerate come tali. La consultazione di questo repertorio è pertanto di notevole utilità ed è anzi da lodarsi l'iniziativa di raccogliere, al disopra ed al difuori di ogni competizione individuale, le specialità che si preparano in data Nazione. *fil.*

DISCUSSIONI IMPORTANTI

L'evipan come anestetico per via endovenosa.

(Proc. of the Roy. Soc. of Med., genn. 1935, p. 341).

R. Jarman divide gli interventi eseguiti con anestesia evipanica in 2 gruppi:

1) *Operazioni eseguite ambulatoriamente.* Non è necessario nessun trattamento preanestetico e deve essere usata soltanto la dose minima di evipan (da 2,5 a 5 cc.). Non importa ridurre in precedenza la dieta, nè attendere che siano trascorse 3-4 ore dall'ultimo pasto. Le operazioni che comunemente si eseguono con la dose minima sono: estrazioni dentarie, incisioni di ascessi, rimozioni di unghie, biopsie e simili, richiedenti da pochi secondi a qualche minuto di anestesia ed ogni intervento deve essere iniziato non appena si produce incoscienza. Se non viene superata la dose minima, il paziente, dopo qualche minuto riprende coscienza, può star seduto sopra una sedia per 20'-30' e quindi andarsene a casa solo. Se invece la dose minima viene superata, è necessario che il paziente riposi più a lungo e venga quindi accompagnato a casa.

Si iniettano prima 2,5-3 cc. abbastanza rapidamente (da 5'' a 10'') dopo di che si attende per 30'' (tempo di una completa circolazione del sangue). Alla fine di questo tempo generalmente si ha perdita di coscienza; se ciò non avviene si iniettano ancora 2-3 cc. e si esegue l'operazione. La coscienza riappare quasi con la stessa rapidità con cui era scomparsa. Iniettare dopo i primi 2-3 cc. altri 3-4 cc. senza alcuna pausa, equivale a raddoppiare o anche più che raddoppiare la dose e allora l'incoscienza dura da 10' a 20'; col ritorno della coscienza il paziente avverte allora facilmente segni di ebbrezza, la qual cosa non succede con la dose minima, ed è anche necessario che stia a riposo, sdraiato, per un periodo più lungo.

2) *Operazioni eseguite su malati degenti in Ospedale.* Prima di tutto, l'ammalato deve essere tranquillo e non avvertire i preparativi dell'operazione. E bene eseguire un trattamento preanestetico a base di omnopon e scopolamina un'ora prima dell'operazione (la scopolamina deve essere la levogira che ha effetto sedativo e non deve contenere l'alcaloide destrogiro ad azione eccitante). Evitare i pur-

ganti e qualsiasi altra forma di disidratazione almeno nelle 48 ore precedenti all'intervento; alimentazione liquida, glucosata. Controindicazioni all'anestesia con evipan sono: le malattie di fegato (l'evipan è metabolizzato rapidamente nel fegato; ogni epatomegalia ed ogni itterizia rappresentano controindicazioni assolute), l'ipotensione arteriosa (poichè l'anestetico abbassa nettamente, sebbene temporaneamente, la pressione del sangue), la posizione eretta, (anche nel caso di estrazione di denti, sempre a causa dell'ipotensione) e la somministrazione di altri barbiturici.

Nelle operazioni di minore entità si somministra piena dose (gr. 1 di evipan sciolti in 10,5 cc. di acqua sterile) preceduta o no da omnopon e scopolamina.

Per le operazioni di entità maggiore si può usare l'evipan come anestetico totale o come anestetico basale. Come anestetico totale si fa uso della piena dose che può essere ripetuta fino a che lo richieda la durata dell'operazione. In giovani robusti è spesso necessario ripetere la piena dose dopo alcuni minuti, mentre nei bambini e nei vecchi ciò non è necessario che dopo 20'-30'. La piena dose è stata ripetuta fino a 4 volte, in un periodo di 2 ore.

Come anestetico basale, può usarsi prima della rachianestesia o di un altro anestetico; in quest'ultimo caso è bene dare la preferenza al protossido d'azoto ossigenato e non all'etere e al cloroformio che sono notoriamente dannosi in combinazione coi barbiturici.

Pericoli dell'evipan: dopo 15''-25'' dalla perdita della coscienza si ha caduta della mandibola all'indietro e proiezione della lingua in avanti con serio ostacolo alla respirazione, tale da mettere in pericolo la vita del paziente; è necessario che un assistente sempre se ne occupi e sappia mantenere una buona respirazione. La pressione sanguigna subisce una caduta di circa il 20 %. Anche la respirazione subisce una depressione simile ma meno importante perchè transitoria. In alcuni casi insorgono movimenti involontari e tremori che però di solito non avvengono quando si esegua il trattamento preanestetico e sono del resto prontamente eliminati con una nuova iniezione di 5-10 cc. di evipan. Qualche volta individui operati ambulatoriamente ma trattati con una dose superiore alla minima hanno mostrato segni di ubriachezza per la strada.

Vantaggi: il malato non subisce alcun trauma psichico non compaiono vomiti, preesistenti malattie dell'apparato polmonare non vengono aggravate.

Gli *antidoti* non differiscono da quelli usati per gli altri anestetici: se si ha collasso, coramina a dosi generose (da 5 a 10 cc.), se debolezza respiratoria α-lobelina oppure, come stimolante diretto, la miscela al 7½ % di CO_2 in O_2 possibilmente sotto pressione.

Nel *campo ostetrico*, si può dire che un grande numero di operazioni cesaree sono già state eseguite con l'aiuto del solo evipan, con completo successo. Anche nel parto normale si è visto che una dose di 2-3 cc. iniettata poco prima dell'espulsione della testa è utile perchè elimina lo stato d'ansia della partoriente.

Effetti postumi: tra i 2000 casi di anestesia con evipan, l'A. non ha avuto alcun decesso imputabile all'anestetico. Solo in alcuni casi, occorsi all'inizio, per mancanza di adeguata assistenza e dei mezzi atti a mantenere una buona respirazione, si sono osservati stati di ansia durati qualche minuto. Mai si è notato aggravamento di preesistenti processi patologici. In una dozzina di malati è seguito stato di agitazione piuttosto marcato. Una piccola parte ha avuto vomito dopo ingestione di un oppiaceo ma vi è da considerare che questa piccola parte (l'1 %) non supera la percentuale di quelli che vomitano dopo il semplice uso di un preparato d'oppio. Nessuno di quelli che hanno ricevuto soltanto evipan ha avuto vomito. All'introduzione in vena non è seguito mai alcun effetto spiacevole.

Dal 1933 gli anestetizzati con evipan in Inghiltezza ammontano a 90.000; di questi solo 16 sono morti e in nessuno la morte è stata attribuita all'evipan.

W. A. Low ha usato l'evipan in 140 casi per interventi vari: in 30 casi solo *evipan* (dilatazioni, curettage, cistoscopia, rimozione di polipi nasali e rettali e apertura di ascessi); risultati eccellenti: nessun disturbo consecutivo all'anestesia. In 75 casi *evipan seguito da protossido d'azoto ossigeno* (ernie, operazioni del menisco, operazioni sul torace, cistotomie soprapubiche, esiti di fratture, operazioni ginecologiche escluse quelle per via addominale, operazioni sul naso, tonsillectomie, mastoiditi, operazioni dentarie); risultati buonissimi.

In 20 casi *evipan, gas-O2 ed etere* (operazioni sull'addome). Poco etere è stato sufficiente. Dopo l'anestesia non si è mai avuto vomito e le condizioni generali sono rimaste sempre buone. Unico inconveniente, la comparsa troppo rapida dei dolori postoperatori.

In 15 casi *evipan, gas-O2 e cloroformio* (operazioni sull'addome). Anche qui, poco cloroformio è occorso per produrre rilasciamento completo; il rischio di questa anestesia è più grande di quella associata ad etere, perchè il cloroformio come deprimente viene ad aggravare notevolmente le condizioni già stabilite dall'evipan.

In alcuni casi l'A. ha aggiunto un po' di anestesia regionale per la colostomia; in altri ha praticato l'anestesia spinale bassa per le operazioni rettali, senza inconvenienti. L'associazione invece dell'evipan con l'anestesia spinale alta deve ritenersi molto dannosa a causa del forte abbassamento della pressione sanguigna.

M. RASTELLI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 24 novembre 1934.
Presidenza: prof. S. BAGLIONI.

Prof. A. CHIASSERINI. — *Vagotomia destra in un caso di asma bronchiale grave.*

Discussione: proff. ARCANGELI, ANTONELLI, PONTANO e BAGLIONI.

Varici del collo.

Prof. V. JURA. — L'O. prende in esame tutti i casi di cisti ematiche del collo, sinora pubblicati, dando speciale rilievo ai casi, i quali sono da riferirsi a flebectasie, isolate dalla vena di origine, od in comunicazione ancora con questa. Sull'indirizzo di tale studio l'O. presenta due casi di varici della giugulare anteriore di destra.

Il 1° in una donna di 44 anni, che aveva notato da otto mesi circa la comparsa di una tumefazione nella metà anteriore destra del collo, dovuta a varici della giugulare anteriore destra, con sviluppo di caverne a causa della esistenza di trombi in organizzazione.

Il 2° si riferiva ad una bambina di 11 anni, che dalla nascita aveva alla base del collo, anteriormente a destra, una tumefazioni, accrescentesi con gli sforzi. L'operazione fece isolare una varice della giugulare anteriore, che confluiva in una dilatazione a guisa di seno, sviluppatasi a carico della vena trasversale anastomotica.

L'O. in merito alla etiologia e patogenesi di tali lesioni mette in speciale rilievo la struttura di gran parte delle vene del collo, le quali hanno soltanto fibro-cellule circolari, ed anche in modo irregolare ed incostante. A ciò si aggiunge la mancanza di valvole sui tronchi venosi brachiocefalici e sulle vene cave superiori, refluendo perciò il sangue venoso verso la periferia durante ogni sistola auricolare. A ciò indubbiamente si deve aggiungere la esistenza di lesioni congenite ed acquisite da parte della parete venosa, siano esse principalmente da riferirsi a processi infiammatori delle vene.

Discussione: prof. PONTANO e ANTONELLI.

L'azione dell'insulina sul tasso glicemico in rapporto con la funzione polmonare. 2ª nota.

Prof. A. GALAMINI, dott. E. SERIANNI e R. CASOLA. — Gli OO. hanno confermato l'osservazione precedente (Nota 1ª) della minore sopravvivenza al trattamento insulinico dei *Bufo Vulgaris* con legatura della glottide in confronto di quelli senza polmoni. Hanno inoltre osservato che l'azione dell'insulina sulla glicemia a digiuno nei B. Vulgaris in stato di semiasfissia, provocata sia con esclusione dei polmoni che con la legatura della glottide, ha lo stesso decorso che negli animali normali.

L'azione dell'insulina sulla curva glicemica e pneumotorace. Nota 3ª.

Prof. A. GALAMINI e dott. E. SERIANNI. — Gli OO. hanno osservato che l'azione dell'insulina sulla curva glicemica a digiuno non differisce nel coniglio con pneumotorace unilaterale da quella del coniglio normale.

Decorso della curva alcoolemica e funzione polmonare.

Prof. A. GALAMINI e dott. E. SERIANNI. — Gli OO. hanno osservato che nel sangue del Bufo Vulgaris con glottide chiusa o con asportazione dei polmoni, non compaiono in circolo normalmente sostanze riducenti volatili e che la curva alcoolemica provocata non si allontana sostanzialmente dalla norma.

L'azione dell'insulina e dei pasti sull'alcoolemia provocata in malati di cirrosi epatica.

Dott. E. SERIANNI. — In quattro malati di cirrosi epatica atrofica è stato osservato il comportamento dell'alcoolemia provocata dall'ingestione di cc. 0,5 di alcool a 95° per Kg. di peso corporeo in soluzione al 20 % o dopo iniezione di insulina (15-20 U.) eseguita un'ora circa, prima della ingestione oppure dopo un pasto misto abituale ingerito 3 ore prima.

In nessun caso è stato osservato una modificazione della curva alcoolemica di fronte a quella che si verifica per la sola ingestione della stessa soluzione alcoolica a digiuno.

Il comportamento osservato in detti malati si discosta nettamente da quello riscontrato nelle stesse condizioni d'esperimento in soggetti sani, nei quali sia l'iniezione precedente d'insulina, sia il pasto misto provocano un notevole abbassamento della curva alcoolemica provocata (dal 50 % al 60 % circa).

L'alcoolemia provocata in malati di diabete mellito.

Dott. S. MINZ. — L'O. ha osservato il decorso della curva alcoolemica provocata a digiuno e dopo i pasti in 8 malati di diabete mellito. La curva alcoolemica a digiuno ha dimostrato un comportamento pressochè normale, salvo un caso di diabete giovanile, nel quale si è presentata nettamente inferiore alla norma. La curva alcoolemica invece dopo i pasti, saggiata in 5 di questi malati, ha dimostrato un decorso che si discosta da quello dei soggetti normali in quanto l'abbassamento della alcoolemia provocata dopo il pasto rispetto alla curva a digiuno è stata nettamente inferiore a quella che nelle stesse condizioni si verifica nei normali.

L'influenza dell'alcool e del vino sulla glicemia di malati di diabete mellito.

Dott. E. SERIANNI e R. CASALE. — È stata saggiata l'azione dell'alcool puro in soluzione acquosa e del vino sulla glicemia di 7 malati di diabete mellito di diverse gravità, ai quali tali liquidi venivano somministrati in quantità corrispondente a cc. 0,5 di alcool a 95° per Kg. di peso corporeo, in soluzione al 20 % per le soluzioni idroalcoliche, e 13 % per il vino.

Sulla maggior parte dei malati esaminati è stato eseguito uno studio comparativo tra gli effetti dell'alcool puro e quelli del vino somministrati a parità di contenuto alcoolico.

L'azione delle soluzioni idroalcooliche sulla glicemia diabetica si è dimostrata tanto più intensa quanto più la glicemia iniziata era alta.

In media nei malati con glicemia intorno al 3 ‰ è stato osservato un abbassamento del 20 %.

L'azione del vino si è dimostrata generalmente più costante, più intensa e persistente di quella delle soluzioni idroalcooliche.

Anche il vino ha presentato solo modica azione nei casi di diabete lievissimo con glicemia di poco superiore alla norma. Nei casi invece di diabete medio e grave l'abbassamento si è aggirato intorno al 30 %.

In un solo caso la soluzione idroalcoolica ha determinato un abbassamento poco più intenso di quello determinato dal vino, però sempre meno persistente

Il Segretario: G. AMANTEA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Studio sulle parotiti post-operatorie.

Amulf (*Revue de Chirurgie*, n. 9, 1934) prende a considerare solo le parotiti che sopravvengono dopo un'operazione, al di fuori di qualsiasi affezione della bocca o di parti vicine alla parotide e per le quali il traumatismo operatorio è la sola causa determinante apparente.

Intesa così la parotite post-operatoria, la via d'infezione è la sola via canalicolare ascendente e di essa l'A. dà numerose prove sia cliniche che sperimentali. Il germe più frequentemente trovato è lo stafilococco aureo che fa parte del comune microbismo boccale. Le cause che permettono ai microbi di seguire la via ascendente e di fissarsi sulla parotide sono: *a*) l'arresto secretorio provocato da molteplici fattori legati all'operazione; disidratazione, anestetico, assenza di movimenti di masticazione, e sopratutto un riflesso inibitorio che ha il suo punto di partenza per lo più addominale; *b*) alterazioni nella grandezza dell'orificio di Stenone.

L'A. non ritiene come invece altri che il traumatismo della ghiandola nel corso dell'anestesia generale possa avere una qualche influenza.

Come corollario terapeutico l'A. conclude che per prevenire la parotite post-operatoria è necessario: operazioni poco traumatizzanti; un'idratazione pre- e post-operatoria abbondante; un'accurata igiene boccale; degli eccitanti della secrezione salivare in caso di secchezza della bocca. Per trattare precocemente la parotite bisogna favorire lo scolo salivare mediante degli eccitanti della bocca o medicamentosi, e cateterizzando prudentemente il dotto di Stenone se non vi è da questo ancora scolo di pus. G. GENTILE.

Vaccinoterapia specifica nella linfogranulomatosi inguinale benigna e sue complicazioni.

Di fronte agli insuccessi delle altre cure, ed alla inefficacia dell'antigene di Ravant, Levaditi ecc., J. Mihaiesti, S. Longhin e B. Wisner (*C. R. Soc. Biologie*, T. C. XVII, n. 29, 1934, p. 292) riferiscono i risultati ottenuti con il vaccino da essi allestito ed usato dal 1932. Essi lo prepararono da embrione di organi di scimmia infettata da virus di Nicolas e Favre. Tutte le emulsioni che danno reazione di Frei positiva sono mescolate.

Gli AA. riferiscono 180 casi di linfogranulomatosi benigna: 137 adenopatie inguinali, uno bilaterale, 34 adenopatie suppurate e fistolizzate, 5 adenopatie cervicali, 2 adenopatie inguinali accompagnate da elefantiasi degli arti inferiori e due casi di artralgia. Trattarono ugualmente 4 casi di anorectiti di natura linfogranulomatosa con 1 guarigione, due miglioramenti, 1 immune.

Nel corso della cura (10-20 iniezioni) si può avere reazione di focolaio, che poi sparisce. Dalle prime 5-10 iniezioni in generale si ha la scomparsa del dolore, l'abbassamento della febbre, la diminuzione dei gangli.

Il modo di azione di questo vaccino, secondo gli AA., è esclusivamente specifico ed essi concludono che il vaccino antilinfogranulomatoso preparato come innanzi è cennato, ha un'azione curativa netta, meno che nelle rectiti da virus Nicolas e Favre.

JURA.

Cura dell'osteomielite.

Klages (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 180, pag. 66, 1934) ha applicato in numerosi casi di osteomielite il metodo di Orr modificato da Löhr che consiste nell'osteomielite acuta nell'apertura dell'ascesso sottoperiosteo, nell'impaccamento della ferita con pasta grassa (vaselina e olio di fegato), nell'avvicinare i margini con punti di sutura e nel chiudere tutto l'arto in un apparecchio gessato. Nelle forme croniche viene aperto il focolaio centrale.

Ha così trattato 12 casi di osteomielite acuta con 7 guarigioni per primam e 27 di osteomielite cronica con 17 guarigioni complete.

Il metodo ha i seguenti vantaggi:

1) la possibilità di dare un riposo assoluto all'arto grazie all'apparecchio gessato;

2) a causa dell'impaccamento con pomata si evita l'essiccamento del tessuto e il contatto diretto con l'aria.

3) azione sterilizzante della pasta di Löhr;

4) evitare medicazioni frequenti che impediscono o disturbano l'accrescimento del tessuto di granulazione osteogeno;

5) azione stimolante etoin etaoin etaoin seo esercitato dalla pasta di Löhr.

VALDONI.

Sulla cura dell'ascesso del polmone.

Ecco un argomento in cui veramente confinano la medicina e la chirurgia; e, coll'andar del tempo, la tendenza dei medici verso l'uno o l'altro indirizzo terapeutico, il conservativo medicamentoso e l'operativo-oscilla.

Oggi — è un internista che parla — (K, Machold, *Deut. Med. Woch.*, 18 luglio 1934) si tende generalmente ad aspettare, e non affidare il malato subito al chirurgo; naturalmente non bisogna neppure attendere troppo per l'intervento, ma, in ogni modo, è opportuno tentare prima la cura medica che si impernia su quattro punti fondamentali: il mantenimento delle forze dell'organismo, la lotta

contro l'infezione, la limitazione del processo suppurativo e la prevenzione della diffusione del pus.

Di questi varii punti, l'A. tocca solo quello della lotta contro l'infezione: egli ritiene, in base a 6 casi che brevemente riporta, e che ebbero un decorso favorevole, di dover attribuire questo esito all'uso dell'omnadina.

Il controllo accurato della febbre, della quantità dell'espettorazione, della curva del peso, lo hanno convinto dell'utilità di questo prodotto. V. SERRA.

Un nuovo trattamento delle malattie dei seni.

I. D. Shorell (*American medicine*, gennaio 1935), dopo che le mucose si sono contratte e così i turbinati nasali, adotta il metodo seguente:

1) *Termoterapia*, mediante il calore secco. Un motore elettrico fa circolare una soluzione scaldata a date temperature, attraverso dei tubi di gomma inseriti per tutta la lunghezza delle cavità nasali, passando sopra i turbinati medio ed inferiore e gli ostii delle cavità dei seni. I tubi hanno la lunghezza di circa 15 cm. ed il diametro di uno, e messi in modo che la soluzione entri da un lato ed esca dall'altro, spinta dal motore ed aspirata da una pompa. La soluzione viene portata alla temperatura desiderata mediante un riscaldatore elettrico. Il trattamento si inizia a 44°-45°, salendo gradatamente e lentamente fino a 54°; importante è l'incominciare ad una temperatura così bassa da non recare molestia al paziente e di salire molto lentamente, in modo che egli vi si abitui. Si provoca così iperemia e dilatazione vasale, con attiva leucocitosi.

Dopo la seconda-terza seduta, si inizia il drenaggio dei seni e gradatamente tutto ritorna alla norma.

2) *Vaccinoterapia* con germi coltivati dalla secrezione stessa del paziente, prelevata asetticamente; culture di 36-48 ore; l'A. raccomanda di uccidere i germi con la temperatura più bassa possibile ed incomincia con 25 milioni, salendo gradatamente fino a 500.

Altre misure adiuvanti sono l'aspirazione delle secrezioni, la vaporizzazione di olii volatili e l'introduzione di aria calda per migliorare la ventilazione. *fil.*

Il trattamento della febbre melitense.

J. E. Debono (*Lancet*, 16 febbr. 1935) ha usato con successo in 105 casi, la melitina (filtrato di culture di 8 settimane). Se ne fa dapprima un'iniezione intradermica di cmc. 0,2 per confermare la diagnosi e saggiare la reattività del paziente. La dose seguente dipende dall'intensità della reazione locale e generale, somministrandola in ragione inversa di questa: generalmente si incomincia con 1/4-1/2 cmc., per iniezione endomuscolare.

Con una dose sufficiente, la reazione termica è brusca ed immediata; la temperatura incomincia a salire in 6-12 ore, raggiunge il massimo in 12-18 e cade al giorno seguente, per lo più sotto la norma. Si sono osservati spesso: cefalea, brividi, malessere; la temperatura può raggiungere i 40°,5, ma non dura così che poche ore. Dopo 3-4 giorni, si fa un'altra iniezione di 1/2-1 cmc., secondo la gravità della reazione. Bastano, generalmente, 3-4 iniezioni.

La prima iniezione si pratica durante il declino dell'ondata di piressia o quando la temperatura è relativamente bassa. I risultati variano a seconda del periodo della malattia; quelli migliori si ottengono con il trattamento durante la prima ondata di piressia.

L'A. non indica il modo di preparazione della melitina. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Sul plasmodio ovale di Stephens.

F. Mühlens (*Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hygiene*, sett. 1934) discute l'identità morfologica e clinica del plasmodio ovale descritto da Stephens nel 1922 e su cui, da allora, è stata attirata l'attenzione dei malariologi.

In base ad osservazioni personali, i cui risultati sono dettagliatamente riferiti anche con l'aiuto di tavole a colori, il Mühlens confronta il plasmodio ovale con altre forme di parassiti, scoperte da Ahmed Emin, da Marzinowsky e da Ziemann; e giunge alla conclusione che, sebbene non in grado di giudicare con certezza, pure gli sembra verosimile che il plasmodio ovale meriti di essere considerato come un « quarto parassita » della malaria. V. SERRA.

VARIA

I vini verdi.

Si dà questo nome a dei vini prodotti in speciali condizioni geoclimatiche di alcune regioni del Portogallo — Entre Douro, Minho e una piccola estensione ai margini del Vouga — facendo uso di uve incompletamente mature e, perciò, ricche di clorofilla e povere di enocianina; sono anche molto acide e forniscono vini aciduli. Perchè la maturazione resti imperfetta — pure raggiungendosi un buono sviluppo degli acini — i vitigni vengono coltivati a ceppo assai alto; così i grappoli non sono raggiunti dal calore riflesso dal suolo, indispensabile per una maturazione perfetta.

I vini verdi sono di produzione relativamente limitata: nel 1933 i distretti di Viana, Braga e Porto ne fornirono 781.000 ettolitri; sono consumati sul posto e in parte mandati nell'Africa e nel Brasile.

(Da « Medicamenta » di Rio de Janeiro, novembre 1934).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE

In sede di bilancio.

Si è discusso il bilancio dell'Educazione Nazionale, su relazione dell'on. Bolzon. Ci limitiamo a riferire la parte della discussione concernente l'insegnamento superiore.

L'on. Zingali si è occupato del regime di libertà accademica introdotto nelle Università dalla riforma del 1923.

Considera doveroso, a questo proposito, di segnalare la necessità della eliminazione di talune disposizioni che non hanno ragione di essere, e confida nell'autorità e nel prestigio del Ministro De Vecchi perchè i rimedi sieno prontamente adottati. Rileva che l'autonomia didattica delle Università è venuta sempre più degenerando, col risultato di un vero polverizzamento delle cattedre universitarie, già deplorato da autorevoli camerati. Ricorda che lo stesso Ministro Belluzzo ebbe ad assicurare la Camera che il Capo gli aveva impartito fra le altre fondamentali istruzioni, quella di ricondurre molti insegnamenti di materie speciali all'insegnamento fondamentale, esteso e rafforzato. Senonche le ramificazioni sono andate ancora estendendosi, come l'oratore ha potuto rilevare attraverso un'indagine condotta con molta diligenza.

L'autonomia va esaminata, secondo l'oratore, anche in relazione alla libertà accordata ai giovani di sostituire alle materie fondamentali altre materie di loro scelta. Questo principio della libertà degli studenti è esiziale, perchè nuoce grandemente alla serietà degli studi.

Venendo alla libera docenza, l'oratore osserva che negli ultimi tempi sono stati nominati troppi liberi docenti, specie in medicina.

L'on. Bernocca vorrebbe una maggiore severità nell'ammissione alle università e nella concessione delle lauree.

L'on. Orano considera questi ultimi anni, nei confronti dell'Educazione Nazionale, come un periodo di esperimento. Il Regime ha lasciato che la così detta riforma facesse le sue prove. Tale riforma è risultata astratta nei riguardi del programma totalitario del Regime. Riforma formale, che ha favorito la tradizionale cultura dissociativa, analitica, mentre la cultura che interessa lo Stato è essenzialmente storica e scientifica. L'esame di Stato si è risolto in un processo di professori a professori dello stesso grado: dà modo a ostili prese di posizione dei metodi, delle dottrine, dei temperamenti, ecc., che bisogna evitare.

Il carattere nuovissimo della cultura di Stato in Italia è militare.

L'on. Giglioli richiama l'attenzione della Camera sulla parte del bilancio che interessa i mezzi di studio. Così le Università minori, per rimanere, hanno bisogno di aumento di mezzi.

A questo riguardo l'on. Mussolini dichiara che le Università minori rimarranno.

L'on. Giglioli è contrario al contingentamento delle lauree. Ricorda l'ammonimento del Duce che occorre guardare al passato, ma marciare incontro all'avvenire.

L'on. Visco ritiene che con una dozzina di milioni annui si potrebbe risolvere pienamente il problema di assicurare i mezzi necessari per l'incremento di quella ricerca scientifica che risponde a molteplici esigenze della Nazione in pace e in guerra. Rinvigorire la ricerca scientifica in Italia è nelle presenti circostanze una necessità assoluta e indilazionabile.

L'on. Ghigi stima necessario insistere sul problema degli assistenti universitari, i quali costituiscono il vivaio da cui sarà tratto il più grande numero dei futuri professori universitari.

Circa la libera docenza, solo una minoranza la ottiene in materie sperimentali, mentre la grande maggioranza, specie in medicina, la consegue in materie professionali, per scopi extradidattici.

Converrebbe limitare gli incarichi a materie prettamente sperimentali e affidarli di preferenza agli assistenti.

Circa gli studenti stranieri, osserva che noi non possiamo negare agli stranieri di seguire il nostro insegnamento universitario.

L'on. Pentimalli osserva che la riforma del 1923 non si può dire sia stata corrispondente al rinnovamento spirituale operato dal Fascismo.

Ritiene opportuno riformare profondamente l'istituto della libera docenza, per il decoro e il prestigio non solo dell'insegnamento, ma del Paese. Richiama l'attenzione del Ministro sulla necessità di riformare gli studi di medicina.

Nel suo discorso organico e volitivo, il ministro on. De Vecchi, per quanto riguarda le Università, ha particolarmente rilevato che il Regime ha dedicato loro cure attente e vastità di mezzi. Sono sorti presso una ventina di Università o stanno sorgendo edifici di studio, gabinetti, cliniche, istituti così poderosi e attrezzati da gareggiare talora vittoriosamente coi migliori del mondo. In pochi anni lo Stato fascista ha erogato oltre seicento milioni a questi fini. Stiamo per inaugurare in forma solenne ed austera la maggiore delle monumentali città universitarie: quella di Roma, che apparirà degna dell'Urbe nella sua imponenza e nella sua perfezione.

Il numero dei posti di ruolo è stabilito dagli organici delle Facoltà in 1575 professori, in confronto ad oltre 3000 insegnanti. In realtà la sperequazione è anche maggiore perchè quei 1575 professori nominali sono in fatto oggi soltanto 1383. La sproporzione, anche se rilevante, non allarma. L'oratore vorrebbe dire anzi che questo difetto giova per trovare la soluzione al problema gravissimo del frammentarismo degli studi, fatto più grave ancora da una indispensabile limitazione di mezzi e da una non meno fatale

limitazione del numero dei maestri degni di reggere una cattedra nelle Università del tempo fascista.

Le gloriose Università italiane avranno dall'oratore tutte le cure che meritano e saranno guidate dal centro con quello spirito unitario e disciplinatore che attendono con ansia che non verrà delusa.

Il grave problema della sistemazione degli assistenti verrà affrontato con l'attenzione che merita.

La scuola segue la Rivoluzione nei suoi sviluppi, creando il cittadino soldato, una consegna che il Ministro ha ricevuto dal Duce.

La sessione di abilitazione alla libera docenza.

Con decreto 5 del 25 febbraio u. s. del Ministro dell'Educazione Nazionale è stata indetta la sessione dell'anno 1935 per il conseguimento dell'abilitazione alla libera docenza.

Il termine per la presentazione delle domande è fissato al 31 maggio 1935. Le domande, redatte su carta da bollo da L. 6, debbono essere indirizzate al Ministero « Direzione generale istruzione superiore, Ufficio libere docenze » e debbono contenere l'indicazione della materia per la quale l'abilitazione viene richiesta.

Cronaca del movimento professionale.

Per la disciplina giuridica delle professioni sanitarie.

Il Consiglio dei Ministri ha stabilito la costituzione di una Commissione Centrale presso il Ministero degli Interni, la quale si propone da un canto di controllare i deliberati dei Sindacati sanitari, dall'altro di esercitare l'alta sorveglianza dello Stato nell'esercizio delle professioni sanitarie.

Contro le decisioni della Commissione Centrale è ammesso il ricorso alla Corte di Cassazione per incompetenza, per eccessivo potere, per violazione della legge.

Le provvidenze del Regime a favore delle professioni sanitarie.

A Roma, nella sede della Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti, si è adunato, il 1º marzo, il Consiglio Nazionale della Confederazione stessa.

L'on. Pavolini, riferendo sui risultati raggiunti nell'ultimo quadrimestre, ha ricordato l'istituzione dei fondi assistenza presso le Unioni provinciali e ha esaminato i risultati dell'azione svolta contro la disoccupazione sia con la disciplina del conferimento degli incarichi, sia con la destinazione del due per cento delle spese per pubbliche costruzioni alle opere d'arte, sia con l'abolizione dello scavalco nelle condotte mediche e veterinarie.

Nel campo delle professioni sanitarie il Governo fascista ha valorizzato l'organizzazione sindacale sciogliendo i vecchi Ordini e regolando l'iscrizione agli albi dei laureati stranieri. Ha conferito alla professione di levatrice l'istituzione dell'albo e il regolamento della categoria. È stata istituita la tariffa professionale dei medici, regolato l'esercizio professionale degli ottici, stipulato l'accordo tra veterinari e tecnici agricoli, risolti i problemi dei farmacisti, riconosciuta la qualifica impiegatizia alle infermiere diplomate e, infine, raggiunto l'accordo tra il Sindacato levatrici e la Associazione del pubblico impiego.

Al termine della riunione, dopo ampia discussione, cui hanno partecipato con proposte concrete i segretari nazionali, il presidente ha espresso la profonda gratitudine dei professionisti e artisti al Capo del Governo per le recenti provvidenze a loro favore e al Segretario del Partito per il suo vigile e costante interessamento; ha elogiato i segretari nazionali e i loro collaboratori per l'opera che vanno svolgendo.

Consiglio delle Casse Mutue Malattie.

Il Consiglio Direttivo della Federazione Nazionale delle Casse Mutue Malattie per i Lavoratori, ricostituito recentemente con decreto del Capo del Governo, Ministro per le Corporazioni, ha tenuto sotto la presidenza dell'on. Angelini la sua prima adunanza.

Il Consiglio ha ampiamente esaminato la attuale situazione delle Mutue esistenti e funzionanti nelle diverse Provincie ed ha riconosciuto l'inderogabile necessità di accentuare e perfezionare, in applicazione anche alle direttive impartite dal Ministero delle Corporazioni e delle norme contenute nei contratti collettivi di lavoro vigenti, l'assistenza sanitaria per i lavoratori dell'agricoltura.

Dopo un'esposizione dei rappresentanti dei Ministeri delle Corporazioni e dell'Interno in seno al Consiglio, sui criteri a cui deve essere ispirato il programma di sviluppo dell'assistenza sanitaria, sono stati fissati alcuni punti dell'azione delle due organizzazioni sindacali competenti.

Sindacato dei medici di Napoli e Provincia.

A Napoli, nel salone dell'ex Consiglio Provinciale in S. Maria la Nova, si è tenuta un'assemblea straordinaria del Sindacato Provinciale dei Medici.

Il Segretario provinciale, prof. Urbano Sorrentino, richiama l'attenzione sui bisogni materiali e sui più necessari provvedimenti per lenire i fenomeni della contingente crisi professionale.

Il prof. Sorrentino fa quindi presente la necessità che presso gli Ospedali le cure ambulatorie vengano prestate solamente a coloro che hanno, in qualsiasi modo, diritto all'assistenza gratuita, in maniera da evitare dannose interferenze con la libera attività dei professionisti.

Nel trattare le relazioni tra Sindacato e Mutue, mette in evidenza i provvedimenti legislativi e l'opera dell'on. Morelli. Infine rileva la necessità di intensificare la lotta contro l'esercizio abusivo ed il sensalismo.

Per la Sezione Tecnica Stomaco-odontoiatrica il prof. Lippo, Fiduciario provinciale, presenta un

ordine del giorno per il disciplinamento della professione di odontoiatria, specie per quanto si attiene alla difesa contro l'abusivismo.

Reciprocità per l'esercizio delle professioni sanitarie con la Svizzera.

La « Gazz. Uff. » dell'8 nov. 1934, n. 262, pubblicava il R. D. 28 sett. 1934, n. 2753, che approva la Dichiarazione italo-svizzera del 5 maggio 1934, la quale stabilisce, per i rispettivi territori, la reciprocità sull'ammissione agli esami per l'esercizio delle professioni di medico, di farmacista e di veterinario.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASCOLI PICENO. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 30 marzo; chirurgo primario dell'Ospedale Civile « G. Mazzoni ». Rivolgersi alla Segreteria.

BARI. *Consorzio Prov. Antitubercolare « Vitt. Em. III ».* — Direttore e aiuto del Preventorio « Eduardo Germano » di Molfetta; stipendi lire 14.000 e L. 12.000; indenn. serv. att. L. 4000 e L. 2500; assegno fisso L. 2000 spese di viaggio; rispett. 3 trienni e 4 quinquenni dec.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10. Scad. ore 12 del 31 marzo. Per le altre condizioni chiedere annunzio alla Segreteria del Consorzio, via Dante Alighieri 42.

CANOSA DI PUGLIA (*Bari*). *Ospedale « Caduti in Guerra ».* — Scad. 10 aprile; chirurgo primario; titoli ed esami. Rivolgersi alla Congregaz. di Carità.

CASTEL S. PIETRO DELL'EMILIA (*Bologna*). *Congregazione di Carità.* — Scad. 31 mar.; medico-chirurgo assistente nell'Ospedale-Ricovero. Rivolgersi alla Segreteria.

CREMONA. *Istituti Ospitalieri.* — Scad. 10 apr.; due chirurghi aggiunti presso gli Ospedali Maggiore ed Ugolani Dati; L. 8000 e c.-v.; quinquenni; età limite 35 a.; tre anni di pratica in Clinica chirurgica o grande Ospedale.

LECCE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare di Terra d'Otranto.* — Con avviso dell'8 marzo il Presidente informa che il bando di concorso pel posto di Direttore del Consorzio - Direttore del Dispensario Provinciale Antitubercolare, pubblicato in data 10 febbraio corrente anno, resta revocato a tutti gli effetti. In conseguenza sarà pubblicato altro avviso.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti.* — Scad. 30 aprile; tre posti di primario chirurgo. Le norme per l'ammissione e il metodo del concorso, gli obblighi degli eletti e la durata del servizio risultano dal Regolamento per il personale sanitario e dal Regolamento igienico sanitario in vigore.

ROMA. *Regi Istituti Fisioterapici Ospitalieri.* — Concorso a 3 posti di tecnici preparatori di laboratorio nell'Istituto Regina Elena per lo studio e la cura dei tumori; scad. ore 12 del 6 aprile; titoli ed esami. Licenza di scuola media o diploma di scuola professionale o certificato di aver prestato servizio almeno tre anni in un Istituto scientifico in qualità di tecnico preparatore. Assegno L. 24 giornaliere e tre quinquenni di L. 500 annue, oltre l'aggiunta di famiglia. Anno di prova (9/10 della paga giornaliera).

TRIESTE. *Cassa Provinciale di Malattie.* — Scad. 16 marzo, ore 18; tre medici generici, per un rione di Trieste, per uno di Monfalcone e per il rione di Ronchi dei Legionari; rivolgersi alla Direzione, via dei Gelsi 15, chiedendo condizioni.

CONCORSI A PREMI.

Premio « Guido Banti ».

È aperto un concorso per il premio biennale « Guido Banti », istituito presso la R. Università di Firenze coi proventi del fondo raccolto dal dott. Silvio Dessy, allievo del prof. Guido Banti, fra i medici di Buenos Ayres per onorare la memoria del Maestro, da conferirsi al miglior lavoro originale sopra argomenti di anatomia o istologia patologica a preferenza con indirizzo etiologico e patogenico. Possono partecipare al concorso studiosi italiani regnicoli o non regnicoli o argentini, purchè le ricerche sieno state eseguite in Istituti italiani o argentini. I lavori debbono essere scritti in italiano e presentati in cinque copie. Si possono presentare al concorso anche lavori già pubblicati, purchè non antecedenti di due anni alla chiusura del bando di concorso. Il concorso scadrà il 30 giugno 1935. I lavori saranno indirizzati al Rettore della R. Università di Firenze e dovranno essere recapitati non oltre la mezzanotte del termine sopra indicato. Il premio ammonta a L. 7000: è unico, indivisibile. I lavori saranno giudicati da una Commissione di cinque membri nominati dal Rettore della R. Università di Firenze, su proposta della Facoltà medica; ne faranno parte di diritto i titolari di Patologia generale e di Anatomia patologica. La Commissione dovrà deliberare non più tardi del 1° novembre successivo. A concorso ultimato i concorrenti potranno procedere al ritiro dei loro titoli.

BORSE DI STUDIO.

Ministero dell'Educazione Nazionale.

Con decreti ministeriali vengono banditi i concorsi a una borsa di perfezionamento all'interno e a due borse di perfezionamento all'estero per varie Facoltà, tra cui quelle di medicina e chirurgia.

L'importo di ciascuna delle borse per l'interno è di L. 6000, quello di ciascuna delle borse per l'estero è di L 11.000.

Sono ammessi ai concorsi coloro che hanno conseguito la laurea da non oltre quattro anni computati alla data di scadenza del concorso, che è fissata al 30 aprile.

La disciplina in cui i candidati intendono perfezionarsi può essere liberamente scelta. A parità di merito tra due o più concorrenti, sarà peraltro data la preferenza al cultore delle discipline indicate nei bandi di concorso.

I concorsi sono per titoli; e gli aspiranti dovranno produrre almeno una memoria a stampa, o manoscritta, in cinque copie, oltre gli altri documenti elencati nei bandi.

Gli interessati potranno rivolgersi, per notizia e chiarimenti, al Ministero dell'Educazione Nazionale, Direzione Generale dell'istruzione superiore.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Eugenio Di Mattei è nominato emerito d'igiene dall'Università di Catania.

Alle cattedre di patologia generale delle Università di Bari, Perugia e Sassari sono nominati i proff. Luigi Califano, Bruno Borghi e Vincenzo Bisceglie.

Il Capo del Governo, Ministro dell'Interno e delle Corporazioni, accogliendo la proposta del Governatore di Roma, ha disposto che la Consulta dell'Urbe, scaduta per compiuto quadriennio sia rinnovata su base corporativa. Tra i componenti della nuova Consulta, tutti fascisti di fede provata ed attaccati con viva passione alla grandezza ed all'avvenire di Roma, è stato chiamato il prof. Roberto Alessandri, Direttore della Clinica Chirurgica della R. Università e Direttore della nostra *Sezione Chirurgica*. Ne esprimiamo il nostro compiacimento all'illustre clinico.

Nel comunicare la nomina del dott. Massimo Clara, già medico condotto a Prato dell'Isarco presso Bolzano, a titolare della cattedra di anatomia e istologia dell'Università di Lipsia, sono incorse inesatte citazioni geografiche, che vengono corrette con la presente comunicazione.

Il dott. Ch. Buzojano è chiamato alla cattedra di oto-rino-laringologia dell'Università di Cluj (Romania), resasi vacante in seguito a dimissioni del prof. Predesco Rion.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale di stomatologia.

Ricordiamo che è indetto a Bologna dal 14 al 19 aprile, sotto l'alto Patronato del Re e la Presidenza onoraria dell'on. Mussolini. I lavori si svolgeranno nell'Archiginnasio (antica Università).

Verranno trattati i seguenti soggetti a Sezioni riunite: Stomatologia profilattica e sociale in rapporto alla patologia infantile; Problemi didattici di stomatologia; Le osteiti di origine dentale; Nuovi metodi di protesi parziale; Terapia fisica nella pratica professionale stomatologica; Il problema clinico del granuloma apicale; La previdenza individuale e collettiva nella cura delle malattie dei denti; L'indirizzo biologico nella terapia ortodontica; I fattori costituzionali nella eziologia e terapia delle malattie del paradenzio; I problemi della diagnosi radiologica dentaria; Direttive per le future ricerche sulla « sepsi orale ».

Avranno anche luogo numerose sedute di Sezioni.

Al congresso saranno unite 4 esposizioni.

Sono in programma ricevimenti, visite, gite, viaggi, escursioni.

Ai congressisti verranno concesse facilitazioni di viaggio e di soggiorno.

Il Comitato organizzatore è presieduto dal prof. A. Beretta; ne è vice-presidente il prof. C. Cavina; ne è segretario il prof. A. Brunetti. Ha sede in via San Vitale 59. Alla Stazione di Bologna funzionerà un Ufficio d'informazioni del Congresso.

A richiesta s'invia programma dettagliato.

Croce Rossa Italiana.

Nella sede del Comitato Centrale della C. R. I. si è riunito il Consiglio Direttivo dell'Associazione.

Il Consiglio, udita l'ampia e precisa relazione presentata da S. E. il sen. Cremonesi, ha approvato il bilancio preventivo 1935 ed ha particolarmente fermato la sua attenzione sulla esposizione fatta dal Presidente Generale in riguardo alle due grandi direttive di marcia che si presentano all'imminente compito della C. R. I. per l'anno XIII e cioè le opere relative all'affinamento e al potenziamento dell'attrezzatura fondamentale dell'Ente e la lotta contro la malaria che la C. R. I. ha condotto con strenua efficacia meritatamente riconosciuta dalle superiori gerarchie competenti.

Il Consiglio ha anche esaminato, vagliato ed approvato altri dettagli della complessa opera che la Associazione svolge nel suo particolare settore di azione, fra cui un progetto destinato a realizzare in Roma un moderno centro ospedaliero a beneficio dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, nonchè altre provvidenze che S. E. Cremonesi intende di porre in atto perchè la fiducia e l'ausilio che il Regime attestano alla C. R. I. trovino sempre più in questa la rispondenza perfetta dei risultati e dei vantaggi.

Al potenziamento, infatti, delle due grandi branche di attività già accennate, corrisponde un analogo aumento di mezzi e di risultati di tutta l'opera dell'Associazione che si muove così in senso progressivo ed omogeneamente totalitario verso gli obbiettivi assegnati. Il Consiglio, nel dare la sua approvazione alle esaurienti relazioni presentate dal sen. Cremonesi, ha voluto testimoniargli il suo plauso ed ha rivolto un vivo elogio a tutto il personale che, in ogni rango e in ogni grado, serve la Croce Rossa Italiana.

La seduta si è chiusa con il saluto al Duce.

Riunione dei dirigenti di Consorzi antitubercolari.

Convocati dalla Federazione Nazionale per la lotta contro la Tubercolosi, i presidenti, direttori e segretari dei Consorzi provinciali antitubercolari, sono stati ricevuti all'Istituto Sanatoriale Carlo Forlanini, dal direttore on. Morelli, che, dopo averli condotti a visitare i reparti, li ha riuniti nell'Aula Magna, ove ha portato ad essi il suo cordiale saluto. Ha parlato quindi il prof. Ilvento, che a nome della Sanità Pubblica ha lumeggiato la vasta opera che svolge la Federazione. Infine il prof. Bocchetti, segretario generale della Federazione, ha portato il saluto del presidente on. Paolucci ed ha tracciato le direttive per la prossima V campagna antitubercolare. La riunione si è sciolta con una alta manifestazione di omaggio al Duce.

Un corso di medicina per i missionari.

Il 12 dicembre 1933 il Ministro del Sovr. Ord. Mil. di Malta presso la S. Sede, Rufo Ruffo della Scaletta, comunicava al Cardinale di Stato Pacelli la fondazione di una Associazione Missionaria decisa dal Gran Maestro e dal Sovrano Consiglio. Tale Associazione ha per compito di raccogliere l'adesione di quanti fanno parte dell'Ordine, svolgere la sua propaganda fra gli associati e realizzare Opere a favore delle Missioni, come già ne ha l'Ordine stesso realizzate nel campo della carità e dell'assistenza fraterna con i treni ospedali, i vari dispensari, le cucine economiche in tempo di guerra e gli ambulatori di recente creazione, nonchè il « Reparto Malta » nell'Ospedale di San Giacomo in Augusta. Ivi è stato ora inaugurato solennemente il Corso d'insegnamento teorico-pratico per soccorsi medici e chirurgici d'urgenza riservato ai missionari. È questa la prima scuola del genere, foggiata come quella del Belgio, della Francia, della Germania.

Erano presenti, con il Gran Maestro principe Chigi Albani, molte e spiccate personalità, oltre a una schiera di settanta missionari, di cui 40 suore.

Dopo brevi parole di alto elogio a questa opera, espresse dal Cardinale Sincero, e il ringraziamento del Gran Maestro, ha tratteggiato i fini del Corso, che avrà la durata di quattro mesi e sarà a volta a volta teorico e pratico, il prof. Roberto Alessandri, medico Capo dell'Ordine di Malta.

Quindi il sen. Aldo Castellani ha tenuto una lezione, illustrando con esempi tratti dalla esperienza dei suoi lunghi viaggi, quanto valga l'insegnamento e la pratica dei soccorsi di urgenza per quei missionari che esercitano il loro apostolato nei paesi tropicali.

Opere assistenziali francesi.

L'« Association amicale des cardiaques » ha tenuto l'assemblea generale nell'Ospedale Tenon di Parigi, sotto la presidenza di G. Guillaumin. L'Associazione, fondata nel 1930 da Lian, è costituita da cardiaci, che corrispondono una quota minima (5 franchi), e da benefattori, che versano quote più importanti (non meno di 20 franchi). Durante il 1934 l'Opera ha distribuito 30.000 franchi di soccorsi; inoltre ha prestato molteplici altre forme di assistenza: collocamento di cardiaci in posti adatti, tirocinio a mestieri adatti, ricovero in convalescenziari, fornitura di lavori adatti a domicilio, prestiti d'onore, riunioni ricreative ecc. Sede: Hôpital Tenon, rue de la Chine, Paris XXe.

Lo « Aide aux enfants paralysés » ha tenuto la sua assemblea generale il 21 gennaio; il dott. A. Tournay ha descritto il funzionamento di questo centro di cernita e di cura, che fu aperto il 14 dicembre 1932; da allora sono stati curati 140 bambini, che presentavano esiti varî di poliomielite; si sono attuate 2686 sedute individuali di ginnastica rieducativa e 1051 sedute di meccanoterapia.

Così la « Presse Médicale » del 23 febbr. 1935.

Nella stampa medica.

Il compianto prof. Bilancioni aveva fondato e diretto « Il Valsalva », cui aveva consacrato non poca parte della sua straordinaria attività; il periodico conta ormai 11 anni di vita. La direzione ne è stata ora assunta da un comitato composto di F. Brunetti (Venezia), A. Malan (Torino), C. Torrigiani (Firenze) e G. Vidau (Roma); redattore capo è nominato D. Di Vestea (Roma); si è anche costituito un comitato di redazione, composto di E. Borghesan, R. Motta e M. Silvagni. Non dubitiamo che il periodico manterrà le sue alte tradizioni culturali.

Conferenze del sen. Pende a Varsavia.

Per iniziativa dell'Istituto di Cultura Italiano, il sen. prof. Pende, ha tenuto a Varsavia, dinanzi ad un foltissimo pubblico, tra cui si notavano personalità del Governo, professori universitari, medici e membri del corpo diplomatico, una conferenza, accompagnata da proiezioni, sulla « età di formazione e di deformazione della vita », ottenendo un vivo successo.

L'oratore ha esposto la genesi e la decadenza della esistenza umana illustrando il risultato dei suoi studi e sottolineando i nuovi metodi introdotti dalla scienza italiana nell'arte medica.

La conferenza ha costituito una interessante manifestazione dei nuovi criteri, cui si ispira il perfezionamento fisico umano a cui tende l'Italia fascista.

Accogliendo l'invito del Rettore dell'Università, il sen. Pende ha tenuto nell'aula magna dell'Università una conferenza sul « terreno tubercolosabile » illustrando, dinanzi ad un'imponente assemblea di professori e di medici, le sue teorie ed i risultati dei suoi studi.

L'oratore, che ha messo in rilievo tutte le provvidenze attuate dal Regime Fascista nel campo della lotta antitubercolare, è stato applauditissimo.

L'Ambasciatore d'Italia Bastianini ha offerto un pranzo in onore del sen. Pende. Vi hanno partecipato il Ministro degli Esteri, Beck, il Presidente del Senato e personalità del mondo scientifico.

Il prof. Bilancioni commemorato.

Il Gruppo otorinolaringologico romano ha commemorato il prof. Guglielmo Bilancioni, che fu presidente del Gruppo stesso. La commemorazione è stata tenuta nell'aula della Clinica otorinolaringoiatrica della R. Università.

Il presidente del Gruppo prof. Geronzi ha, con elevate parole, presentato il prof. Donato Di Vestea incaricato della commemorazione.

Con rapida sintesi il prof. Di Vestea ha ricordato l'eletta figura di scienziato, di maestro, di

cittadino e di medico del prof. Bilancioni, esaltandone l'opera e il carattere di italianità dell'indirizzo scientifico.

La commemorazione del prof. Di Vestea è stata ascoltata con viva deferenza da parte dei numerosi intervenuti, i quali alla fine, su invito del prof. Geronzi, si sono raccolti in un minuto di silenzio per onorare la memoria del grande maestro scomparso.

Un po' dovunque.

L'8° Congresso di psicoterapia si terrà a Bad-Nauheim dal 27 al 30 marzo, sotto la presidenza dei proff. Göring e Jung. Informazioni dal Dr. W. Cimbal, Allee 87, Altona (Elbe), Germania.

La Società tedesca di roentgenologia si adunerà dal 28 al 30 aprile nella Langenbeck-Virchow-Haus di Berlino.

La Società d'idrologia e di climatologia medica di Parigi si è adunata il 14 marzo.

L'Associazione professionale dei giornalisti medici francesi ha tenuto l'assemblea generale il 14 febbraio; alla presidenza è stato chiamato, per il 1935, J. Minet di Lilla.

Al principio di febbraio si è tenuta a Mosca una conferenza per lo studio della trasfusione di sangue; vi hanno partecipato più di 500 medici. Secondo ricerche riportate da Badgassoroff, il sangue può essere conservato per 10-20 giorni; Chamoff ha riferito su cani uccisi da 7-11 ore e risuscitati mediante la trasfusione; Judine ha descritto le sue osservazioni sulla trasfusione di sangue di cadaveri.

La Facoltà medica di Halle ha organizzato un corso sulla terapia senza medicinali; riguarderà: foto-, aero-, idro-terapia, dietetica, esercizi fisici e cure di lavoro; durerà dal 24 al 29 giugno; quota 20 marchi. Informazioni dal prof. Clausen, Direktor der Universität-Augenklinik, Halle a. S., Germania.

Un corso sulle tecniche di laboratorio per la diagnosi di tubercolosi e sul loro significato clinico si terrà presso l'Università autonoma di Barcellona, dal 26 marzo al 6 aprile, sotto la direzione dei proff. P. Domingo (di microbiologia) e P. Sayé (di tisiologia); tassa 100 pesete; iscrizioni presso la Segreteria della Facoltà di medicina.

Sotto gli auspici del Sindacato Provinciale Fascista Medici di Roma il tenente colonnello di artiglieria dott. Aldo Foà, ha tenuto nei locali del Sindacato una conferenza sull'impiego bellico dei gas aggressivi, alla quale hanno assistito molte personalità mediche sia civili che militari e moltissimi medici pratici di Roma. Fu presentato dal commissario prof. Perez.

Per invito dell'Istituto di Studi Romani, il prof. Domenico Marotta, direttore del Laboratorio chimico della Sanità, ha tenuto una conferenza sulle acque minerali del Lazio.

L'on. Bruno Biagi, presidente dell'Istituto nazionale della Previdenza Sociale, ha visitato il sanatorio Agnelli in Val Tisone e le opere previdenziali di Cuneo; a Torino ha inaugurato il nuovo convalescenziario in via della Chiesa.

Nel N. 8, p. 331, articolo « La reazione di Chorine », l. 4ª, leggere: formolata.

SANTE DE SANCTIS

(1862 - 1935).

Anche una volta nel volger di poche settimane il labaro del glorioso Ateneo di Roma si è abbrunato; ancora un lutto, e dei più gravi, ha dovuto registrare la Neuropsichiatria italiana; ancora uno spirito eletto ha volta la fronte verso l'eternità e un nuovo cordoglio pervade l'animo di coloro che hanno il culto per le incarnazioni più genuine della multiforme genialità di nostra gente.



Sante De Sanctis era figlio della grande, austera, verde Umbria; di questa sua origine si compiaceva e nella sua terra spesso si rifugiava non per riposarsi od oziare, chè il suo spirito non conobbe tregue nè pause, ma per isolarsi, per essere in maggiore intimità colle vibrazioni più intime del suo animo, con le sue idee, coi suoi pensieri, germoglianti incessantemente e svolgentisi verso le più alte sfere del conoscibile.

Nato a Parrano in quel di Terni il 7 febbraio 1862, seguì i corsi liceali a Siena, dimostrando fin da allora una non comune attitudine agli studi umanistici. Conseguita a Roma la laurea (1886), con una tesi sull'afasia, tema allora di grande attualità, iniziò la sua carriera sanitaria quale medico condotto. Allora apprese che sotto ogni male fisico c'è una sofferenza, forse maggiore, nell'intimo dell'essere umano, che l'animo degli umili doloranti va curato sapientemente quanto e forse più del corpo.

Ma il suo spirito plasmato per « vivere per pensare » secondo il programma di Spinoza, sentì subito il fascino della feconda primavera delle scienze biologiche e l'influsso prepotente delle

idee di quel tempo, in cui « l'arte e la saviezza politica si atteggiavano a disputarsi la cognizione anatomica e fisiologica del sistema nervoso », come ebbe a esprimersi il Moleschott, che in un'altra memorabile occasione ripeteva: « l'uomo misura l'universo, e misurando se stesso, la velocità del suo pensare e del suo volere trova le correlazioni fra tutte le parti ». Era il tempo in cui, accanto al grande fiammingo, senatore del Regno d'Italia, giganteggiava nel mondo scientifico romano anche la figura di Giuseppe Sergi, venerando vegliardo testimone di un felice periodo di rinnovellamento della scienza italiana. Egli fece comprendere che la antropologia, studiando i vari aspetti e la vera natura della famiglia umana, ne rivela i diritti e gli errori, la sua poesia e il suo ideale, che si solleva sempre più col crescere della cognizione che l'uomo va acquistando di sè medesimo. Era il fortunato momento, in cui l'anatomia e l'istologia del sistema nervoso, che avevano subìto un fondamentale rinnovamento, grazie alle opere di Golgi, di Forel, di His, di Cajal, di Dejerine e di molti altri, si affermava quale indispensabile fondamento di tutte le cognizioni fisiologiche, psicologiche e patologiche sulle funzioni e disfunzioni neuropsichiche. In quegli anni l'anatomia nella scuola di Roma, dal puro morfologismo si elevava alla dignità di scienza biologica, grazie alla originalità di Francesco Todaro, dalla scuola del quale usciva Giovanni Mingazzini.

Ai corsi di quest'ultimo, allora giovanissimo docente di anatomia e di psichiatria, accorse anche il De Sanctis, che, lasciando la medicina pratica per entrare nell'aspra via della carriera scientifica, sentì il bisogno di una preparazione anatomica, sulla quale sviluppare e costruire solidamente le concezioni psichiatriche e neurologiche, che fin da allora si imponevano al suo spirito versatile ed eclettico. Iniziando questa nuova tappa della sua vita, egli dovette sentire anche tutta la importanza dei problemi posti, e solo in parte risolti, dalla neuropatologia da più di un ventennio sorta dalla genialità prepotente di Jean Martin Charcot. E d'altra parte egli fu attratto dalla vastità e bellezza degli orizzonti dischiusi dalla scuola psicofisiologica di Lipsia, dove già il Wundt aveva costruito una nuova psicologia a somiglianza delle scienze naturali, come una scienza esatta, e dove una schiera di indagatori aveva accumulata una dovizia di ricerche tendenti a determinare le leggi dei vari e complessi fenomeni organici, che condizionano i processi della vita psichica.

I primi lavori di neuropatologia clinica del De Sanctis risalgono al 1887; ma più importanti sono quelli che risentono e si ispirano da una parte all'indirizzo neuro-anatomico e dall'altra alle dottrine psicofisiologiche allora in onore. I primi riguardano strutture anatomiche allora (1893) pochissimo note, quale il corpo mammillare, il nucleo del funicolo terete, il nucleo intercalato, le commissure cerebellari e così via; i secondi concernono alcune osservazioni originali di psicologia generale, nella quale branca il De Sanctis non doveva tardare ad affermarsi maestro e capo scuola.

Dopo aver conseguita la libera docenza in psichiatria e poi in psicologia, egli ebbe la ventura di poter fondare in Roma la cattedra di psicologia sperimentale (1902) che, grazie ai suoi lavori ed a quelli dei suoi allievi, divenne subito notissima. Alcune osservazioni dell'allora giovane pensatore italiano, sulla psicologia e psicopatologia dei contrasti, riscossero presto il consenso dei più competenti italiani e stranieri in materia e trovarono conferma negli studi del Kräpelin. Non tardarono poco dopo a divenire ben note e poi classiche le monografie su il sonno e i sogni, anteriori al « Traumdeutung » di Freud. Come classici sono considerati i lavori sulla psicologia della attenzione, sviluppati poi nel suo libro « La mimica del pensiero ».

Chi volesse conoscere la portata e la vastità dell'opera del De Sanctis quale psicologo e psicopatologo, non ha che a meditare sui due volumi della sua « Psicologia sperimentale ». In quest'opera egli non indulge alle esigenze di coloro che vorrebbero soddisfare i loro bisogni filosofici con la psicologia, ma dà posto a notizie che riguardano particolari di un interesse in apparenza limitato, come la Soglia, la Idetica, il Subcoscente, la Forza, ecc., ed espone, sviluppa e critica acutamente le nuove teorie, come quelle dell'energia psichica, del determinismo psicofisico, del funzionalismo, del fenomenologismo, del behaviorismo e così dicendo.

Il suo insegnamento in psicologia si basò sul dato empirico della energia psichica, operante intimamente all'energia vitale o fisico-chimica e sul principio che i fatti psichici hanno un significato proprio del quale vale la pena di ricercare gli antecedenti, le concatenazioni e le prevedibili seguenze; principio questo connesso con l'altro che i fatti psichici non sono separati dai fatti dell'organismo e quindi essi ci si offrono come intimamente aderenti ai fatti vitali. Il De Sanctis, come si vede, rimase fedele alla psicologia empirica, nel senso di sperimentale o quasi, e in ogni caso in opposizione alla psicologia razionale.

La tirannia dello spazio ci vieta di dire adeguatamente dei numerosi lavori sulla psicologia applicata alle scienze della educazione, resi noti dal De Sanctis specialmente negli anni di attività del Seminario Psicopedagogico, da lui fondato (1907) d'accordo col Credaro. Chi non conosce il suo volume sulla « Educazione dei deficienti » e le monografie sui metodi da lui ideati per misurare l'intelligenza? Non meno interessanti sono le sue ricerche sulla psicologia applicata alla criminologia, fra le quali basterà ricordare la « Biografia di un bandito » e la ben nota prima parte del Trattato di psichiatria forense. Sono più che mai di autorità inoltre le ricerche di psicologia applicata alla scienza del lavoro, e destano ancora polemiche le concezioni del De Sanctis sulla psicologia della religione e su « La Conversione religiosa », anche oggi considerata come una delle più acute e complete trattazioni di un così scabroso argomento.

L'ultima tappa della sua laboriosa esistenza è segnata dal ritorno alla origine medica, alla psichiatria, dalla quale era partito, e dalla quale non si era mai distaccato, anche quando lasciò il suo posto di aiuto della Clinica Psichiatrica di Roma, come dimostrano il centinaio di lavori sui più vari argomenti di neuropatologia e di psichiatria pubblicati dal 1887 in poi, fino agli ultimi giorni della sua vita. Sono, infatti, di queste ultime settimane i succosi e brillanti articoli su « Il dolore », su « Le affezioni del sistema nervoso e le malattie neuropsichiche », sulle « Reazioni » in caratterologia e psichiatria, sulle « Date memorabili nell'assistenza dei minorenni » e vari altri lavori comparsi o ancora in bozze di stampa, nei quali è riflessa la poliedrica mentalità di pensatore e di osservatore acuto ed accurato.

Quando, in seguito alla scomparsa di Giovanni Mingazzini (1929), fu chiamato alla direzione della

Clinica Neuropsichiatrica di Roma, egli si accinse con giovanile fervore ad apportare importanti rinnovamenti e modificazioni a quell'Istituto già notissimo nel mondo scientifico, pur rispettando con esemplare deferenza quanto era stato fatto e lasciato dal suo grande predecessore. Subito dimostrò essere egli il degno continuatore della gloriosa schiera degli psichiatri italiani, che a Roma ebbero il nome di Bonfigli, di Sciamanna e di Mingazzini, per merito dei quali la scuola neuropsichiatrica romana era assurta ai più alti fastigi.

In neuropsichiatria egli seguì l'indirizzo somatista, non nel senso esclusivamente morfologico, come reputavano gli psichiatri dell'800, ma ammettendo una causalità biochimica. Ed invero il metodo biologico in psichiatria non è la negazione, ma un raffinamento del somatismo tradizionale. Giustamente perciò a questo proposito egli faceva osservare che la così detta « psichiatria colloidale » può considerarsi come indirizzo di avanguardia, ma non come negazione del tradizionalismo.

La originalità del De Sanctis in questa branca della medicina, si affermò specialmente nel campo della patologia nervosa e mentale della età evolutiva, con le notissime monografie sulla frenastenia, sull'infantilismo, sul mongolismo, e sopratutto nel suo « Trattato di neuropsichiatria infantile », l'unico in lingua italiana e uno dei migliori esistenti in materia. Ma in questo campo egli non si è limitato alla sistemazione del dottrinale; fin dal 1899 attuò negli asili-scuola di Roma quella organizzazione assistenziale aperta che resta tuttora il prototipo adattato in tutta Italia. Al De Sanctis, inoltre, risale il merito indiscusso di avere descritto e studiato il fenomeno della esauribilità della retina, nella neuropsicosi che va sotto il nome di tipo a spirale del campo visivo; di avere illustrato gli equivalenti musicali di attacchi epilettici; di avere individuata la « demenza praecocissima », i piccoli segni motori nella frenastenia biopatica, e la sindrome aparetico-afasica tardiva nella frenastenia cerebropatica postnatale. È suo merito, infine, come abbiamo accennato, di avere esposto e reso accessibile la semeiotica e la graduazione delle insufficienze intellettuali.

Dopo una così laboriosa e feconda esistenza Sante De Sanctis si spegneva nelle primissime ore del 20 febbraio, abbattuto da una breve ed acuta infermità. Le voci, che correvano sulla sua salute da qualche tempo, venivano smentite dalla sua attiva e fattiva presenza nell'Istituto da lui diretto, dalla regolarità delle lezioni e dalla ininterrotta operosità scientifica e professionale, svolta fino agli ultimi giorni con sempre rinnovellato fervore.

Con lui scompare una delle figure più caratteristiche del mondo scientifico italiano, uno dei più illustri rappresentanti del nuovo orientamento degli studi psicologici e neuropsichiatrici. Spirito eminentemente indagatore, curioso di squarciare i veli che avvolgono i fatti psichici più riposti dell'essere normale e del malato, rifuggiva dalle soluzioni più superficiali e sempliciste. La sua mente aperta agli orizzonti più vasti, lo chiamava ad esercitare una grande efficacia non solo nel dominio della psicologia teorica e dottrinale, ma in tutti i campi delle applicazioni sociali e individuali delle discipline da lui professate.

Queste doti preclare della sua mente, e l'innato amore per tutti i sofferenti, egli mise a servizio della Nazione, quale membro del Consiglio Superiore della Sanità Pubblica, e rifulsero quando, quale Presidente della Federazione Laziale dell'Opera Maternità e Infanzia, egli si rese interprete chiaroveggente delle direttive del Regime.

Era Presidente della Lega Italiana di Igiene e Profilassi mentale e della Società italiana di Psicologia e Membro del Consiglio Nazionale delle Ricerche e di numerose Accademie e Società scientifiche italiane e straniere.

Chi, come noi, ebbe la fortuna di essergli vicino per vari anni, di sentire il fascino della sua bonaria e scintillante personalità morale, della sua eloquenza e della sua conversazione efficacissima e suadente, sente tutto il vuoto lasciato dalla sua dipartita e si inchina reverente alla memoria di quest'insigne figlio d'Italia.

G. AYALA.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

MONOGRAFIE MEDICO-CHIRURGICHE D'ATTUALITÀ

COLLEZIONE DEL "POLICLINICO,,

☛ ***Di recente pubblicazione:***

Dott. Prof. MARIO MONACELLI

AIUTO DELLA R. CLINICA DERMOSIFILOPATICA DI ROMA

La Leishmaniosi cutanea in Italia

con 2 tavole e 147 illustrazioni nel testo

Prefazione del Prof. P. L. BOSELLINI

Riportiamo la Prefazione che l'illustre prof. BOSELLINI si è degnato scrivere per questa pubblicazione.

« Questa monografia fa seguito a numerose pubblicazioni che il mio aiuto prof. Monacelli ha dedicato « all'argomento della Leishmaniosi cutanea e specialmente all'illustrazione dei caratteri clinici, istopatologici « ed epidemiologici di questa affezione. Occasione a questi studi gli è stata data dall'aver egli identificato e « descritto una delle più importanti endemie, sin qui misconosciuta, di Leishmaniosi cutanea e dall'aver dia- « gnosticato altri numerosi casi pure in zone ritenute indenni. Le ricerche del prof. Monacelli hanno così di- « mostrato quanto rispondessero poco alla realtà dei fatti le nozioni che si avevano sulla diffusione nel no- « stro Paese di una malattia ritenuta limitata a poche fra le zone più meridionali; inoltre, richiamando l'at « tenzione su l'argomento e illustrando gli speciali caratteri assunti dalla malattia nelle nostre regioni, que « sti studi hanno indirizzato altri osservatori al riconoscimento di ulteriori casi in località pure credute im « muni.

« La Leishmaniosi cutanea continua però ad essere poco conosciuta, particolarmente dai medici pratici « che, per la prevalente diffusione della malattia nelle campagne, avrebbero, più dello stesso specialista, op- « portunità di osservarne casi, anche iniziali. La diagnosi precoce della malattia renderebbe più facile e più « sicuro il trattamento, e avrebbe anche estrema importanza dal punto di vista profilattico, riducendo la du- « rata del periodo di contagiosità.

« Ritengo perciò che la lettura di questa monografia sia da consigliare non solo al dermatologo, che vi « troverà una nitida, ampia esposizione dei reperti clinici ed istopatologici dell'autore e la messa a punto di « quelli che sono i lati controversi del problema delle Leishmaniosi (rapporti tra forme viscerali e cutanee, « modalità di trasmissione) ma anche al medico generico le cui nozioni su la Leishmaniosi cutanea si ridu- « cono molte volte al lontano ricordo di un breve capitolo di trattato, in cui l'affezione veniva posta a fianco « di malattie tropicali e rare e sommariamente descritta.

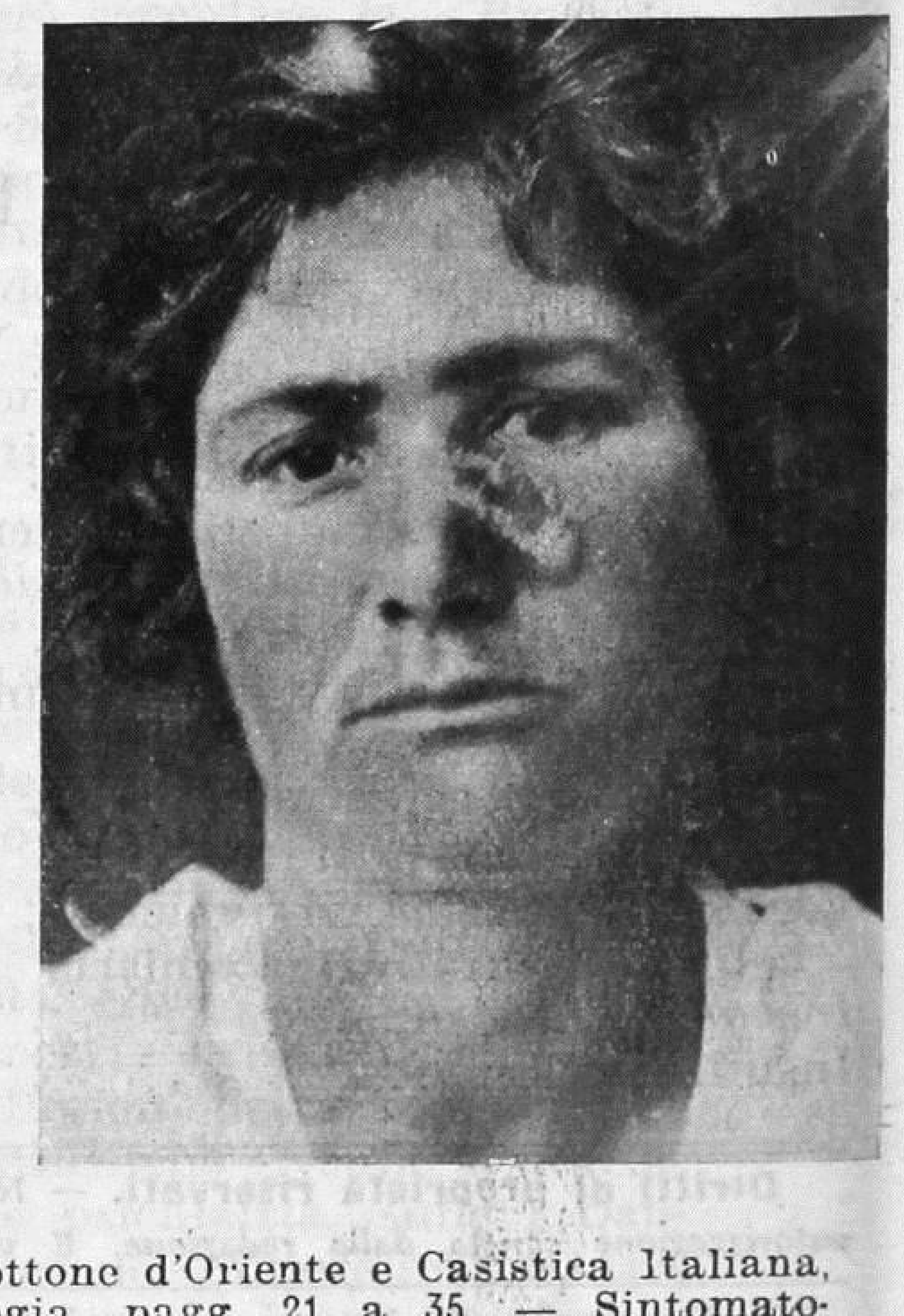
« Al merito del prof. Monacelli di aver dimostrato come fosse falso il concetto che faceva della Leishma- « niosi cutanea una malattia di evenienza eccezionale nei nostri climi, e di aver notevolmente allargato il « limite di quelle che si ritenevano le regioni esclusivamente colpite, va ora aggiunto quello di contribuire, « con questa organica esposizione delle sue osservazioni e di quanto è acquisito su l'argomento, a una mag- « giore conoscenza di una affezione della quale è ormai innegabile la notevole importanza nella nosografia « del nostro Paese.

P. L. BOSELLINI ».

☛ **Riportiamo tre delle 147 figure che illustrano il libro, nonchè l'Indice Sistematico;**







Prefazione. — Introduzione, pagg. 1 a 7. — Distribuzione geografica del bottone d'Oriente e Casistica Italiana, pagg. 8 a 20. — « Leishmania Tropica » e suo modo di trasmissione. Epidemiologia, pagg. 21 a 35. — Sintomatologia, pagg. 36 a 45. — Casistica personale, pagg. 46 a 90. — Anatomia patologica, pagg. 91 a 139. — Diagnosi clinica e biologica, pagg. 140 a 149. — Terapia e Profilassi, pagg. 150 a 158. — Indice Sistematico.

Volume in-4°, di pagg. IV-160, nitidamente stampato in carta patinata, con 147 figure nel testo e due tavole fuori testo. Prezzo L. **25,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **21,50** in porto franco.

Inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario all'editore LUIGI POZZI, via Sistina 14, oppure presso l'Ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA.

ANNO XLII Roma, 25 Marzo 1935 - XIII Num. 12

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE DI S. SPIRITO - ROMA
SALA S. MARIA II
Primario: Prof. TOMMASO LUCHERINI

Nuovo orientamento nello studio delle ghiandole endocrine. Sensibilità e sensibilizzazione ad ormoni ovarici nelle donne in attività sessuale ed in menopausa. Osservazioni clinico-sperimentali.

NOTA PREVENTIVA

del dott. RENATO LUSENA, aiuto medico.

In tutti i tempi la fisiopatologia dell'ovaio ha destato l'interesse degli studiosi e dei pratici. La periodicità della sua funzione, le sue correlazioni colle altre ghiandole endocrine, i suoi rapporti coi vari organi e sistemi della vita vegetativa sono stati ampiamente studiati. Gli studi sull'argomento hanno avuto un rigoglioso sviluppo in questi ultimi anni e un campo nuovo è stato quello offerto dall'estrazione separata dei singoli ormoni dell'ovaio, quello del corpo luteo e quello del follicolo.

Questi studi rappresentano un progresso notevole in biologia ed in medicina, perchè mentre hanno fornito una migliore conoscenza della fisiopatologia ghiandolare hanno potuto anche indicare un mezzo biologico di diagnosi della gravidanza e dare un indirizzo nuovo alla cura di alcuni disturbi dell'apparato genitale femminile, per i quali si è potuto riconoscere un processo patogenetico pure nuovo nell'alterata funzionalità ovarica.

Come giustamente ha affermato il Gaifami (1) « in questo capitolo di endocrinologia « è in atto una vera rivoluzione e se alcune « delle nuove acquisizioni hanno il carattere « di vere conquiste definitive, per troppe al« tre ancora si tratta di materia in continuo « divenire ».

Un problema interessante è quello riguardante i rapporti fra ovaio e fegato, interessante dal punto di vista della clinica e da quello della patologia. Su questi rapporti, che hanno indotto il Binet (2) a parlare di una « sindrome

(1) Prefazione alla monografia di G. REVOLTELLA. *Gli ormoni sessuali femminili*. Edit. Pozzi, Roma, 1933.

(2) M. E. BINET. *The epatoendocrine syndrome.* The Rev. of gastroenter., giugno 1934.

epato-endocrina », hanno scritto recentemente il Binet stesso, L. Levi, R. Jahiel (3) e più recentemente ancora P. Alessandrini (4).

Particolarmente interessante è la comunicazione di Alessandrini, il quale è riuscito a provocare una colica epatica mediante iniezione intradermica di estratto ovarico totale in una donna sofferente di coliche epatiche premestruali, e a prevenire l'insorgere degli attacchi desensibilizzando con estratto ovarico totale. È stata data così in modo indubbio la dimostrazione della sensibilità patologica, a tipo anafilattico, per l'ormone ovarico.

Frugoni e Ancona (5) hanno osservato casi « di donne nelle quali l'insorgenza o la guarigione dell'asma han coinciso colla pubertà o la menopausa » e molte donne « che asmatiche fino alla pubertà hanno goduto di lunghi anni di sosta per ricadere coll'inizio della menopausa, quante che asmatiche di ogni giorno han visto cessare coll'inizio della gravidanza le loro sofferenze e ricomparire durante il travaglio del parto, quante migliorate o peggiorate per tumori, interventi chirurgici o radioterapia delle ovaie e quante infine in vario modo influenzate dai periodi mestruali! ».

Quattrini (6) ha descritto il caso di una donna trentenne, che aveva una lesione dell'apparato respiratorio e presentava attacchi asmatici esclusivamente nel periodo premestruale e in cui gli attacchi cessarono colla sterilizzazione Roentgen permanente.

Alla casistica di queste forme asmatiche che hanno un rapporto indubbio colla funzionalità ovarica posso aggiungere un caso da me osservato a Marino (Roma) quattro anni fa: si trattava di una donna trentaduenne, che soffriva di attacchi asmatici frequenti e che si trovava in stato asmatico permanente nei lunghi periodi (4-8 mesi) di amenorrea a cui andava soggetta. Questo stato asmatico, che per varî mesi era stato curato con tutti i mezzi più in uso (adrenalina, atropina, cloruro di calcio, peptone, latte, autoemoterapia) scomparve solo dopo alcune iniezioni di estratto ovarico totale (endoovarina I.S.M.) che provocò anche la ricomparsa della mestruazione.

(3) R. JAHIEL. *Gli stati di sensibilizzazione epatica in rapporto colla funzione ovarica normale.* Monitore di Endocrinologia, ottobre 1933.

(4) P. ALESSANDRINI. *Nuovi orientamenti nella teoria medica della colica epatica.* Comun. alla R. Accad. Med. di Roma, 28-4-1934, in Policlinico, Sez. Pratica, n. 32, 1934.

(5) FRUGONI e ANCONA. *L'asma bronchiale,* U. T. E. T., 1927.

(6) QUATTRINI. *Asma bronchiale premestruale.* Minerva Medica, n. 24, 1934.

Ma tutti questi casi riguardano la patologia. Normalmente come si comportano le donne nei riguardi di una possibile sensibilità ad ormoni ovarici? Ho cercato di rispondere a questa domanda, che sorge spontanea dopo aver seguìto quanto ho esposto più su, studiando come si comportano alle iniezioni di follicolina e di luteina le donne che non abbiano disturbi di organi estranei all'ovaio, ma che possano riferirsi anche in via riflessa o umorale, alle ghiandole genitali. Più precisamente ho fatto l'intradermoreazione alla follicolina e alla luteina in donne in attività sessuale normale e in menopausa.

I risultati delle mie osservazioni sembrano interessanti, non solo perchè rappresentano le prime osservazioni sistematiche fatte con questo procedimento, ma anche perchè dànno la dimostrazione sicura che le donne in attività sessuale sono sensibilizzate spontaneamente agli ormoni ovarici o almeno a quelli che si considerano ormoni ovarici puri, se si vuol seguire il Brunelli (7) e il Viale (8), che giustamente hanno fatto notare che gli ormoni puri che si usano in commercio non possono confondersi colla funzione di una ghiandola endocrina, sebbene indubbiamente di questa ghiandola abbiano alcune proprietà. Ho fatto anche delle ricerche sulla natura di questa sensibilizzazione e le riferirò in seguito. Inoltre le mie osservazioni indicano un mezzo di indagine semplice che può essere esteso allo studio di altre ghiandole endocrine oltre l'ovaio, come sto facendo attualmente con osservazioni sistematiche.

Ho voluto intanto comunicare i risultati delle mie indagini con una nota preventiva, che sarà seguìta, a ricerche terminate, da un lavoro più ampio.

*
* *

Le osservazioni da me fatte furono eseguite colla seguente tecnica: ho praticato l'intradermoreazione alla follicolina Menformon (Degewop) e alla luteina (sevlutina), iniettando nel derma, in modo da provocare un ponfo, 1/4 di cc. di soluzione (corrispondente a centigr. 0,02 di sostanza fresca per la luteina e a 250 unità per la follicolina). La reazione è positiva se dopo 5-10' si produce in sito una zona di arrossamento più o meno estesa, qualche volta anche rilevata e modicamente

(7) B. BRUNELLI. *Estratti ghiandolari totali od ormoni puri?* Giornale del Medico pratico, n. 7, 1932.

(8) G. VIALE. *Commenti all'articolo di B. Brunelli. Estr. ghiandolari totali od ormoni puri?* Folia Therapeutica, n. 3, 1933.

infiltrata, che dura un tempo variabile dai 30 ai 60' e anche più. Contemporaneamente ho fatto il controllo con acqua distillata per la follicolina e colla soluzione fisiologica per la luteina, tenendo conto del liquido adoperato per la diluizione del prodotto, che è appunto acqua distillata e rispettivamente soluzione fisiologica.

Intradermoreazioni alla follicolina. — Ne ho eseguite 25. 16 sono state fatte in donne in attività sessuale, 6 in donne in menopausa e 3 in bambine non ancora mestruate. Fra le 16 donne in attività sessuale ce n'erano 3 gravide e le escludo dalla discussione per ora avendo in corso altre ricerche in proposito; fra le 13 rimanenti ho avuto 12 reazioni nettamente positive. L'unica che ha dato reazione negativa era una 25enne affetta da acromegalia per tumore ipofisario con amenorrea da tre anni.

Le 6 donne in menopausa diedero tutt'e sei reazione negativa.

Le 3 bambine non ancora mestruate hanno dato due reazioni negative e una positiva; in quella positiva c'era scarso sviluppo delle mammelle con peluria del pube; fra quelle con reazione negativa, una non presentava nessun carattere sessuale secondario, mentre l'altra aveva solo scarsi peli al pube.

Intradermoreazioni alla luteina. — Ne ho fatte 26, 14 in donne in attività sessuale (di cui 2 in gravidanza) e 10 in menopausa (di cui una in menopausa artificiale). Anche qui escludo dalla discussione le gravide.

Nelle 14 donne in attività sessuale ha avuto 14 reazioni positive. Nelle 10 in menopausa i risultati sono stati questi: in 9 donne con menopausa naturale 7 reazioni negative e 2 debolmente positive; in un caso di menopausa artificiale datante da meno di due mesi reazione nettamente positiva.

*
* *

Riassumendo brevemente: le 25 donne in attività sessuale normale, cioè mestruate regolarmente e non gravide, hanno dato 25 reazioni positive, cioè il 100 % (12 alla luteina e 13 alla follicolina); le 15 donne in menopausa naturale hanno dato 6 reazioni negative (in quelle saggiate colla follicolina) e 7 negative (in quelle saggiate colla luteina), cioè complessivamente una alta percentuale di reazioni negative (86,66 %) e una bassa percentuale di reazioni positive (13,34 %). Una donna non in menopausa, ma con amenorrea da tre anni e affetta da acromegalia per tumore ipofisario ha dato reazione negativa alla follicolina. Una donna in menopausa artificiale recente ha reagito positivamente alla luteina, sola sostanza per la quale fu saggiata.

Il numero dei casi non è grande, ma la costanza del reperto permette di stabilire che le donne sessualmente mature, non amenorroiche nè gravide, hanno sensibilità alle iniezioni intradermiche di scarsissima quantità di follicolina e di luteina, mentre questa sensibilità manca in una forte percentuale delle donne in menopausa.

Ho cercato di stabilire la natura di questa sensibilità e, non avendo trovato nulla nella letteratura che ho potuto consultare, ho proceduto ad indagini dirette sulle donne in osservazione.

Pensando che la natura della reazione potesse essere anafilattica, ho cominciato a studiare il comportamento dei leucociti durante la reazione, avendo presente il concetto che la conta dei globuli bianchi rappresenta il mezzo più semplice per stabilire in clinica la esistenza di uno stato anafilattico. In 2 casi di reazione positiva alla sevlutina ho trovato una netta leucopenia relativa dopo 10' dalla provocazione del pomfo e precisamente in un caso i leucociti scesero da 6900, quali erano prima, a 3600, e in altro da 9800 a 5100.

In 2 casi con intradermoreazione positiva alla follicolina ho trovato pure una leucopenia relativa, e precisamente in un caso 5400 leucociti prima e 3700 durante la reazione, e nell'altro 8600 prima e 5000.

La leucopenia relativa è una delle caratteristiche delle reazioni a tipo anafilattico ed è certamente quella più facilmente rilevabile in clinica; inoltre essa non può essere molto facilmente modificata da cause esterne, come succede per esempio per la pressione arteriosa, che costituisce col suo abbassamento uno dei caratteri differenziali di questi stati, ma può essere facilmente alterata da condizioni emotive che non hanno nulla a che fare colla reazione, mentre sappiamo che la modificazione emotiva del numero dei leucociti è meno frequente e anche meno intensa. La leucopenia non è però un elemento sufficiente a far riconoscere come di natura nettamente anafilattica la reazione ad ormone ovarico iniettato nel derma in donne in attività sessuale; può soltanto rendere molto presumibile che la natura di questa reazione sia anafilattica. Per questo ho voluto cercare una dimostrazione più sicura: ho tentato, e (lo dico subito) con successo, il trasporto passivo della sensibilità da una donna che reagiva ad una che non reagiva.

Ho seguito per questo il metodo del trasporto della sensibilità passiva locale indicato

dal Prausnitz e Kustner (9), che ho preferito al trasporto fatto con notevoli quantità di siero di sangue, anche e specialmente tenendo conto che la persona che doveva subire la sensibilizzazione era di età piuttosto avanzata.

Ecco quello che ho fatto: ho prelevato sterilmente circa 30 cc. di sangue ad una donna di 25 anni che reagiva positivamente tanto alla follicolina che alla luteina: l'ho subito centrifugato, e, ottenuto così rapidamente il siero, ho prelevato, sempre sterilmente, 2 cc. del siero stesso e con esso ho infiltrato una zona cutanea di circa cm. 5 × 10 di una vecchia di 73 anni che non aveva reagito nè alla luteina nè alla follicolina. Otto ore dopo quest'infiltrazione di siero di donna sensibile ho praticato in questa vecchia l'intradermoreazione alla follicolina nella zona infiltrata e in una zona lontana dal punto infiltrato e precisamente nella zona simmetricamente opposta (queste osservazioni sono state fatte sulla faccia anteriore dell'avambraccio; la reazione anche nella zona simmetricamente opposta a quella infiltrata è stata fatta solo per vedere se oltre alla sensibilizzazione locale ce ne poteva essere una generale). Osservai allora, cioè dopo 8 ore, una reazione nettamente positiva tanto nella zona precedentemente iniettata con siero che in quella simmetrica. Dopo 24 ore l'intradermoreazione alla follicolina era ancora fortemente positiva nella zona infiltrata e debolmente positiva nella zona simmetricamente opposta. Dopo 48 ore dall'infiltrazione con siero, l'intradermoreazione era negativa per la follicolina in tutt'e due le zone.

Ho ripetuto lo stesso esperimento colla stessa tecnica prelevando il siero di sangue ad una giovane ventottenne che aveva reagito nettamente alla luteina e anche in questo caso, dopo un certo tempo (12 ore), ho ottenuto in una vecchia ottantacinquenne, che prima non aveva reagito alla luteina, una reazione nettamente positiva alla luteina tanto nella zona infiltrata col siero di donna sensibile che nella zona simmetricamente opposta. La reazione persisteva ancora fortemente positiva, ma di intensità minore, 60 ore dopo l'infiltrazione col siero. Non ho potuto seguire ulteriormente il comportamento del fenomeno, perchè la vecchietta sulla quale eseguivo l'esperimento si rifiutò di farsi pungere ancora.

L'aver potuto sensibilizzare passivamente con siero di donne sensibili due donne insensibili agli ormoni ovarici dà indubbiamente la dimostrazione che la reattività alla intradermoreazione a questi ormoni nelle donne in attività sessuale è di natura anafilattica, perchè il trasporto passivo della sensibilità si ha solo nell'anafilassi vera.

*
* *

Come si possono interpretare le mie osservazioni? Nulla si può avere da studi precedenti, perchè non ho trovato nulla in proposito nella letteratura che mi è stato possibile consultare. Comunque riferirò su ricerche fatte da altri e che possono in qualche modo interessare per il mio argomento. Si tratta, come dirò in seguito più dettagliatamente, di esperimenti fatti sugli animali e precisamente di sensibilizzazione provocata sperimentalmente, non spontanea.

Nell'uomo c'è solo uno studio interessantissimo di Jacchia, sul quale mi tratterrò dopo, e che riguarda solo il fegato.

Che cosa si può dedurre dalle mie osservazioni? Una sola deduzione sicura è possibile fare e precisamente che le donne normalmente mestruate hanno tutte reattività agli ormoni ovarici (luteina e follicolina), mentre questa reattività è scarsissima nelle donne in menopausa. Secondo le mie osservazioni e più precisamente per la leucopenia relativa che si ha durante la reazione e per la possibilità di sensibilizzare passivamente agli stessi ormoni donne non sensibili, la sensibilità ad ormoni ovarici è del tipo anafilattico.

Che si possa essere eccessivamente, patologicamente sensibili ai propri ormoni è già nettamente provato. Ho già citato i lavori di alcuni autori sulla sensibilità agli estratti ovarici nelle coliche epatiche premestruali e in casi di asma in rapporto colla funzione ovarica. Si possono ricordare altri fatti in proposito e precisamente l'osservazione clinica indubbiamente importante che gli ipertiroidei peggiorano coll'uso di preparati di tiroide.

Entrando nel campo delle ricerche sperimentali, Estler e Pfeiffer (citati dal Carlini (10) hanno reso ipersensibili a rene e testicolo le cavie con ripetute iniezioni di rene e di testicolo e collo schiacciamento di questi organi (in modo da provocare la penetrazione in circolo di sostanze estranee al plasma).

Selleil (citato pure dal Carlini) ha osservato una reazione più intensa verso estratto della propria pelle e verso il proprio succo prostatico che non verso quelli di altri individui.

---

(9) PRAUSNITZ e KUSTNER. Zentralbl. f. Bakter. H. I. Orig., 86, 160, 1921.

(10) PERICLE CARLINI. *Una nuova ipotesi sulla causa della mestruazione.* Annali di Ostetricia e Ginecol. giugno 1924; ID. *In difesa di una teoria italiana sulla causa della mestruazione.* Le forze Sanitarie, 1934, n. 17.

In condizioni patologiche non ha avuto risultati probativi I. Balzano (11) negli adenoidei con estratti linfatici e di adenoide.

Invece Jacchia (12) ha ottenuto una vera crisi emoclasica negli epatopazienti a cui ha iniettato 2 cc. di estratto epatico e non ha avuto invece risultati clinicamente probativi mediante intradermo, cuti e oftalmoreazione a preparati epatici negli epatopazienti, pur avendo ottenuto in alcuni delle reazioni locali nette, che somigliano molto ai quelle da me ottenute coi preparati ovarici e per l'aspetto e per il tempo di comparsa e di durata.

Quindi nulla mi ha dato la letteratura nell'interpretazione dei risultati da me ottenuti. Le mie ricerche sono le prime fatte sistematicamente cogli ormoni ovarici e se questo rappresenta già di per sè solo un fatto che mi pare degno di nota, esso merita di essere segnalato anche e specialmente per gli sviluppi che possono derivarne.

Esiste una teoria della mestruazione che ne ammette il fattore determinante in un fenomeno anafilattico. Quest'ipotesi, emessa dal Carlini (loco citato) nel 1924, è certamente molto suggestiva: la mestruazione si manifesta rapidamente, rapidamente scompare e si accompagna a fenomeni generali e locali che non è possibile spiegare con semplici fenomeni riflessi. Bisogna ammettere, per spiegarli, dei fenomeni umorali, e il fatto anafilattico potrebbe rientrare benissimo in questo gruppo.

Di questa teoria del Carlini non c'è una dimostrazione sperimentale. Le mie osservazioni possono rappresentare un valido appoggio a questa teoria, anzi, credo, l'unico sperimentalmente indubbio.

***

Le mie ricerche dunque dimostrano in modo sicuro l'esistenza di una sensibilizzazione normale e spontanea agli estratti ovarici nella donna sessualmente normale e una scomparsa di questa sensibilità nella donna in menopausa e danno un appoggio sperimentale alla teoria anafilattica della mestruazione in quanto questa sensibilità è di tipo anafilattico.

Esse inoltre risvegliano alcuni problemi che meritano di essere ampiamente studiati:

1) Come si comporta all'intradermoreazione con ormoni ovarici la donna gravida, in cui non si ha più la maturazione dei follicoli di Graaf mentre persiste il corpo luteo?

A questo proposito desidero accennare che ho in corso osservazioni sistematiche e che la incostanza dei risultati mi costringe a renderne noti i risultati stessi solo dopo più accurate indagini, che spero possano chiarire la questione.

2) Come si comportano nei riguardi delle stesse intradermoreazioni ad ormoni ovarici le ragazze impuberi? Ho fatto scarse osservazioni in proposito e ne ho riferito più su. I risultati sono stati contradditori nei pochissimi casi osservati, quindi anche questo problema richiede ulteriori ricerche.

3) Quando scompare nelle donne in menopausa la reattività alle iniezioni intradermiche di ormoni ovarici? Solo ricerche lunghe e pazienti potranno dircelo.

4) Come si comportano alle stesse intradermoreazioni le donne con disturbi mestruali?

5) Come si comporta l'uomo sano di fronte ad intradermoreazioni con estratti testicolari e come si comporta il vecchio i cui testicoli sono fuori uso?

6) Come si comportano i normali e i malati per iper- o per ipofunzione delle varie ghiandole a secrezione interna, oltre le ghiandole sessuali (e precisamente tiroide, paratiroide, ipofisi, pancreas, epifisi, surrene) ad intradermoreazioni con estratti degli organi stessi?

Tutti questi problemi io mi propongo di studiare (ed ho già cominciato ricerche sistematiche in proposito) e lo farò nei limiti che mi saranno consentiti dal servizio ospedaliero. Forse altri potranno, in istituti specializzati, fare più e meglio di quanto potrò io e anche per questo motivo mi sono deciso a rendere pubbliche le mie prime osservazioni.

Nel campo endocrinologico è stata provata sperimentalmente l'assuefazione all'uso di preparati endocrini: obesi, che erano migliorati con preparati tiroidei, non migliorano dopo un certo tempo se non adoperando dosi notevolmente maggiori, oppure non migliorano più nemmeno con dosi molto forti. Questa assuefazione è stata pure constata sperimentalmente e per spiegarla il Collip ha parlato di « antiormoni » (13). Zondek (14) l'ha

(11) I. BALZANO. *Reazioni allergiche e sierologiche nell'adenoidismo.* Rassegna Italiana di Otorinolaringologia, n. 1, 1934.

(12) JACCHIA. *Un nuovo metodo di diagnosi nelle affezioni epatiche mediante la crisi emoclasica.* Diagnostica e tecnica di laboratorio, n. 10, 1932. JACCHIA e RAPUZZI. *La crisi emoclasica da estratti di fegato.* Arch. di Patol. e Clinica medica, agosto 1934.

(13) COLLIP. *Some recent advances in the phys. of the anter. pituitary.* The Journ. of The Amer. Medic. Assoc., maggio-giugno 1934.

(14) ZONDEK. *Die Hormone des Ovariums und des Hysophysen.* Berlin, J. Springer, 1931.

notata con iniezioni negli animali di una sostanza anteipofisariosimile proveniente da urine di gravida, osservando che in primo tempo si ha aumento del volume delle ovaie, ma poi, pur continuando la somministrazione, si ha una regressione fino al ritorno del volume normale. Lo stesso fatto fu notato anche da Selye Hans, Collip e Thompson (15), da Herz e Hisaw (16). Estratti antitirotropi furono preparati da Collip e Anderson.

Questi esperimenti furono tutti fatti sugli animali, come pure sugli animali ha fatto uno studio interessante il Brunelli (17) che ha ottenuto la fissazione di follicolina cristalizzata, iniettata endovena, in una zona cutanea sottoposta a stimolazione con cloroformio, xilolo, etere e all'altezza di bolle o pomfi intradermici da istamina e specialmente da morfina.

Queste osservazioni sono state citate per completare quanto ho potuto trovare di affine al lavoro che sto facendo, ma mentre si tratta di esperimenti fatti su animali e quindi non riportabili senz'altro all'uomo, si tratta anche, per quanto riguarda gli antiormoni, di studi su di un fenomeno nettamente opposto a quello da me osservato.

RIASSUNTO.

L'A. ha praticato l'intradermoreazione alla luteina e alla follicollina in donne in attività sessuale e in donne in menopausa. Ha ottenuto reazione positiva nel 100 % delle donne in attività sessuale, non gravide, mentre ha ottenuto 86,66 % reazioni negative nelle donne in menopausa.

La reazione positiva è accompagnata da leucopenia e la sua sensibilità spontanea ad ormoni ovarici è stata trasportata dall'A. da donne sensibili a donne insensibili, per cui è dimostrata la natura anafilattica di questa reazione.

L'A. si propone di consultare queste ricerche, estendendole anche ad altre ghiandole endocrine, con un programma di lavoro che indica.

---

(15) SELYE HANS, J. B. COLLIP e D. L. THOMPSON. *Loss of sensibility to anterior pituitary like hormone of frequances urine.* Soc. experim. Biol. and Med., gennaio 1934.

(16) HERZ, ROY, HISAW. *Effect of follicle stimulating and luteinizung Pituitary extracts on the ovaris of the enfantile and invenil sabbit.* Amer. Journ. of Physiol., aprile 1934.

(17) B. BRUNELLI. *Sulla possibilità di provocare la fissazione locale di ormoni circolanti.* Folia Therapeutica, 30-6-1934.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE UMBERTO I. - LUGO

Alcune note sulla terapia vaccinica per via endovenosa nella "febbre melitense,,.

Prof. FRANCESCO GIUGNI, medico primario.

Diverse considerazioni consigliano di tornare a questa prima nomenclatura dopo le molte adottate; e viene qui a proposito un detto di M. Proust: « la Medicina ha fatto progressi in ogni campo fuorchè nel suo vocabolario ».

Anzitutto l'odierna vastissima diffusione della malattia, nota in tutti i paesi d'Europa, ed estesa anche agli altri continenti, non può ormai portare alcun pregiudizio al nome e alla salubre fama della bella isola mediterranea (1).

La denominazione più in uso « febbre ondulante », se riproduce una caratteristica clinica del lunghissimo decorso febbrile, considerata anzi un elemento di diagnosi differenziale, non è più in carattere oggi che l'accennata diffusione porta già ad un più facile orientamento diagnostico, mentre i moderni e precoci mezzi di accertamento, e infine la terapia vaccinica prontamente efficace non lasciano più osservare le lunghe *ondulazioni* febbrili che giustificavano in qualche modo quell'appellativo.

Ancor meno proprio, a parer mio, è il termine di « brucellosi ». Senza voler entrare qui nella tanto discussa questione della duplicità dei germi patogeni, di Bruce e di Bang, è prevalente oggi il concetto che il quadro morboso nell'uomo sia clinicamente unico, invariato nei tempi diversi di osservazione, nelle diverse regioni e nelle varie razze colpite.

---

(1) In proposito è da ricordare che fu il Bruce stesso a chiamare « melitense » il germe patogeno da lui isolato, e che a Malta furono compiute le ricerche più importanti sulla etiologia ed epidemiologia di questa affezione, e ciò col concorso di illustri medici maltesi. Fra questi è da ricordare TEODORO ZAMMIT, noto non solo per la lattoreazione agglutinante che porta il suo nome, ma per aver scoperto che le capre, cioè gli animali più numerosi nell'economia domestica dell'isola, andavano soggette all'infezione, trasmettendola col latte all'uomo. Sarebbe interessante illustrare in pieno quanta parte abbia avuto in detti studi, collaborando con la Commissione Inglese, questo scienziato maltese, dottissimo non solo come medico, ma come archeologo, illustratore di memorie storiche dell'isola mediterranea, e sopratutto fedele assertore della lingua e dell'italianità della sua isola.

L'esperienza mia personale in una regione dove non esisteva questa infezione, mentre in questi ultimi 12 anni si sono verificate alcune centinaia di casi, è decisamente concorde con l'unicità del quadro clinico, tanto se l'agente patogeno, il b. di Bruce, giunge all'uomo attraverso la pecora, o la capra, o, come è di gran lunga più frequente nella zona, attraverso la vacca che generalmente ha abortito.

Infine l'unicità del quadro clinico e del suo agente bacterico trova un'altra conferma nei recenti successi terapeutici con la vaccinazione per via endovenosa, che attraverso una reazione specifica tronca decisamente il periodo febbrile.

* * *

Della terapia vaccinica per via endovenosa nella febbre melitense, e dei suoi sorprendenti risultati fu ampiamente trattato nell'ultimo Congresso di Medicina Interna dove fu riportata e discussa la vasta casistica delle Cliniche di Catania e di Pavia.

Sorprendenti apparvero questi risultati specialmente a quelli che da molti anni curavano i malati di febbre maltese, anche coi vaccini specifici, e talvolta per la via delle vene.

Fin dal 1925 anch'io scrivevo che la vaccinazione specifica, al confronto degli altri numerosi tentativi terapeutici, dava i migliori risultati ad abbreviare la lunga, interminabile affezione febbrile, ma bisogna apertamente confessare che nessuno, prima di questi ultimi anni, aveva decisamente adottato un metodo, che ricorda un po' l'uovo di Colombo, cioè la sistematica introduzione per le vene del vaccino, a dosi progressive, tanto da provocare reazioni attive ed efficaci.

È merito del Ferrata, del Di Guglielmo, del Veratti, del Bianchi che ha la priorità nella pubblicazione dei risultati ottenuti, e di altri studiosi delle Scuole di Pavia e Catania, di aver sistematizzato e valorizzato questo metodo di cura che porta a guarigione rapida e sicura, in una proporzione pressochè totalitaria, una malattia che ha per caratteristica la durata lunghissima, ed ha presentato una diffusione minacciosa in tutto il globo.

Forse non è ancora ben apprezzata e valutata la grandissima importanza di questa applicazione terapeutica dovuta agli studi di Italiani. È opportuno segnalare oggi decisamente questo primato, perchè non ci sia un giorno contestato, e non si debba ricorrere a rivendicazioni postume.

Se vi sono ancora dei dubbiosi, e, giustamente, degli scettici sulla affermata proporzione del 100 per 100 nei successi, non così sono quelli che avendo esperienza di molti casi possono fare i confronti tra i risultati del passato e quelli odierni.

* * *

Scopo di questa mia nota non è soltanto di portare una piena conferma all'efficacia terapeutica della vaccinazione endovenosa, pur con un modesto contributo numerico di casi, ma di illustrare alcuni punti ancora discussi sull'argomento, che riguardano le modalità, il tempo e il numero delle iniezioni, le dosi del vaccino, e sopratutto la refrattarietà, vera o apparente, di alcuni soggetti, e infine i fenomeni che si osservano nelle vivaci reazioni febbrili, nonchè le eventuali controindicazioni alle alte dosi.

Il mio assistente dott. Sella ha reso noto i casi da noi trattati (*Terapia*, maggio 1934) che sommano a tutt'oggi a una trentina, riferendo in dettaglio la storia dei più interessanti. Più recentemente ha illustrato questi casi in una comunicazione alla Società Medica di Romagna nella seduta dell'11 dicembre. Altri 18 casi, con identico successo terapeutico ha comunicato nella stessa seduta il dott. Cicognani dell'Ospedale di Ravenna.

* * *

Il principio fondamentale per ottenere il successo terapeutico, cioè l'interruzione del periodo febbrile a mezzo del vaccino per via endovenosa e il successivo inizio deciso di guarigione, sta nel *produrre una reazione febbrile vivace ed intensa*.

Tanto più la reazione è intensa tanto più essa è *efficace;* ed è *efficace* soltanto se è *intensa*.

La reazione febbrile da vaccino deve essere superiore all'acme della curva termica in quella fase della malattia, anche se essa segna gradi elevati.

Non è controindicata l'iniezione endovenosa quando la temperatura è in fase attiva e ascendente, chè anzi i migliori risultati e i più rapidi successi si ottengono iniettando il vaccino nel periodo di attività febbrile della malattia.

Si ha quindi una somma di reazioni, e un rinforzo della naturale reazione termica all'agente infettivo.

Le dosi di vaccino, specie in questi casi, devono essere più o meno forti, a seconda della reazione individuale precedentemente saggiata.

Tale saggio si pratica in genere con 5-10 milioni di germi.

Dopo una o due di queste iniezioni di saggio è opportuno passare rapidamente a iniezioni forti di 50-75-100 milioni: sono queste le *efficaci*. In genere l'intervallo è di 2-5 giorni.

Se si inietta il vaccino in una fase discendente della curva termica o in istato di apiressia del malato, le reazioni sono più lente e torpide, le dosi necessitano più forti, meno ravvicinate e in numero maggiore. Avviene come un'assuefazione dell'organismo a queste iniezioni stimolanti. In alcuni di questi casi noi abbiamo dovuto raggiungere i 200 e fino i 300 milioni di germi per ottenere la reazione efficace.

Anche quando si pratica una serie di 8-10 iniezioni, si può constatare che una o due soltanto furono le veramente efficaci, e furono quelle che provocarono il massimo di reazione febbrile, a 40,5, fino a 41,5 gradi.

Fu soltanto dopo queste forti reazioni che la febbre venne troncata, talvolta decisamente, e si osservò col pronto miglioramento del malato la riduzione rapida nel volume del fegato e della milza.

Le iniezioni successive a queste efficaci, anche se praticate con dosi di vaccino superiori, danno una reazione sempre meno intensa.

Noi ci siamo serviti sempre del vaccino antimelitense preparato dall'Istituto Sieroterapico Milanese, per iniezioni endovenose, con dosi progressive da 5 a 100 milioni di germi.

* * *

Questi concetti che sono condivisi più o meno integralmente dagli AA., che si sono occupati dell'argomento confermerebbero l'ipotesi che ascrive il meccanismo di azione della vaccino-terapia ad una desensibilizzazione che il vaccino compirebbe sull'organismo in istato di allergia. Mentre le piccole dosi non varrebbero che a stimolare lo stato allergico, quelle forti, raggiungendo quel dato grado di intensità riuscirebbero ad estinguere, con la forte reazione generale, questo stato di ipersensibilità al germe infettivo acquisita gradatamente dall'organismo.

È da supporre, come pensa il Micheli, che non la sola azione piretogena entri nel determinismo di questo choc, ma un complesso di azioni, per ora non ben conosciute, che risveglia e attiva i varî meccanismi di difesa dell'organismo.

Se è indubitato che l'azione piretogena per raggiungere un risultato efficace deve essere portata a quel dato grado elevato, non si può supporre che sia il solo grado di temperatura raggiunto che annientando la vitalità dell'azione del germe infettivo produce la interruzione del processo morboso.

Questa induzione alquanto semplicista è contraddetta proprio dal comportamento di questa malattia, che in altre contingenze, specie dalla climatoterapia può trarre un identico pronto effetto benefico. È infatti di comune osservazione che un rapido miglioramento e la interruzione del ciclo febbrile si ha in molti di questi malati dal loro trasporto in clima diverso, specie d'alta montagna. È la cosidetta *frustata* che l'improvviso sbalzo climatico richiamante tutte le riserve organiche, dà all'individuo malato, che pur essendo evidentemente di tutt'altra natura di quella piretogena da vaccino, porta in ultima analisi agli stessi effetti risolutivi, talvolta con identica rapidità.

Un caso pienamente dimostrativo dell'efficacia decisiva che ha l'intensa reazione da vaccino si è verificato nel nostro Ospedale, ed è stato illustrato da Sella e Drei (*G. di Clinica Medica*, fasc. XIII, 1934). Una prima e sola iniezione endovenosa di 100 milioni di germi praticata in fase acuta febbrile, in ventinovesima giornata di malattia, ad un uomo di 30 anni, bastò a troncare decisamente lo stato febbrile, e in pochi giorni si vide regredire l'epato-splenomegalia, mentre la guarigione si ebbe completa e permanente senza dover ricorrere ad ulteriori iniezioni.

* * *

Possono essere pericolose, o comunque dannose, queste intense reazioni febbrili?

È questo un punto importante sul quale è doveroso portare l'esperienza dei propri casi, tanto più che forse da esso originarono le incertezze, i ritardi e le soste nell'adottare sistematicamente una terapia che in fondo era in uso, sporadica ed incompleta, da diversi anni.

È opportuno anzitutto considerare la facile tolleranza dello stato febbrile da parte dei malati di infezione maltese, ed è questo uno dei noti caratteri differenziali da altri stati febbrili sostenuti da altri germi, specie da quelli tifici (2).

Vi sono malati di melitococciemia che con reazioni febbrili a 39 e più, conservano un sensorio integro, appetito e funzioni digestive buone, e un aspetto vivace e spigliato. Riferivo in uno studio l'osservazione di 3 individui appartenenti ad una famiglia colonica, da me

(2) Sarebbe da tentare, come è stato da me proposto, l'inoculazione della f. maltese col successivo trattamento vaccinico nei malati di paralisi progressiva, con la probabilità di ottenere una piretoterapia più intensa di quella da malaria. Identico tentativo potrebbe attuarsi nella leucemia mieloide, tanto più che una casuale associazione di queste due forme in un caso riferito dal prof. Palmieri, e disgraziatamente perso di vista, attesterebbe un inatteso risultato.

sorpresi a zappare la terra, mentre il termometro all'ascella segnava 39-39,5 di febbre.

In tutti i casi da noi trattati che riguardano soggetti di media età, non bambini nè vecchi in età avanzata, le reazioni febbrili che raggiunsero in alcuno anche i 41, fino i 41,5 gradi all'ascella, furono sempre ben tollerate, data anche la breve durata dell'acme febbrile che si riduce in genere a poche ore. Il dato che più attrae l'attenzione è la notevole frequenza del polso, che porta in taluni una leggera ambascia respiratoria. È consigliabile, oltre l'applicazione della vescica di ghiaccio sul capo, la contemporanea somministrazione di sedativi, bromici, o preparati di valeriana o di passiflora.

Nel caso ricordato in cui per un fortuito disguido la prima iniezione di vaccino, che rimase l'unica, fu di 100 milioni di germi invece dei 10 prescritti, con la violenta reazione termica furono alquanto preoccupanti lo stato di eccitazione generale e la tachicardia, che però dovevano ascriversi anche ad un improprio trasporto del malato con autoambulanza durante l'acme febbrile.

Devo far constatare che tra i nostri malati nessuno presentava lesioni del cuore, o dei reni, o del fegato, o comunque segni di deficit organico tali da sconsigliare le dosi elevate, e adottare la massima prudenza anche in quelle di saggio.

* * *

Non rappresentano controindicazioni alla cura alcune complicanze sintomatologiche frequenti e caratteristiche della infezione melitense, quali le nevralgie improvvise ed intense, dovute di solito a radicoliti, le artralgie, le orchiti, e specialmente le artriti vertebrali, così dolorose e ribelli alle altre cure.

Non è molto attendibile, come hanno pensato alcuni AA., che lo stesso vaccino, stimolando una speciale sensibilizzazione ne favorisca la comparsa. Nei nostri casi ciò non si è mai verificato, ma invece in seguito alla terapia vaccinica queste complicanze, se momentaneamente si sono acuite durante la reazione termica, hanno poi avuto tregua e sono scomparse con lo scomparire della febbre. Non rappresentano una contro indicazione nemmeno le complicanze, fortunatamente assai rare, di reazione meningea. A questo proposito il Di Guglielmo accenna in una sua recente memoria (*Minerva Medica*, n. 45, 1934) ad un caso che sottoposto alla cura vaccinica presentò una sintomatologia meningo-encefalitica che portò ad esito mortale. Il malato non fu oggetto di osservazione in ospedale, ma soltanto di una visita di consulenza col curante. Interessantissimo e dimostrativo è, ai fini di questa applicazione terapeutica, un caso consimile di mia recente osservazione che il dott. Sella illustrerà in una nota a parte. Si trattava di un giovane di 21 anni portato in Ospedale dopo 10 giorni di una malattia acuta febbrile imprecisata, che aveva dato in seguito una intensa sindrome meningea: il malato era in condizioni gravissime per la febbre alta, la cefalea violentissima, lo stato di eccitazione psichica, la rigidità nucale, con segno di Kernig, dermografismo, polso raro ecc. Alla puntura spinale subito praticata fuoriuscì un liquido torbido, lievemente xantocromico, senza aumento di pressione, che all'esame dava i seguenti caratteri: albumina 1,20 per mille — reazione fortemente positiva delle globuline — scarsa riduzione del CuSo4 — assenza di sangue — moltissimi globuli bianchi nel sedimento dovuti a linfociti e polinucleati in proporzione pressochè uguale — assenza di germi.

Nella rapida disamina diagnostica sull'etiologia della forma infettiva che aveva portato successivamente alla meningite acuta, l'attenzione fu attratta dal notevole ingrossamento non solo della milza, ma anche del fegato. (*L'ingrandimento del fegato, contemporaneo e sovente più precoce di quello splenico, fu ripetutamente da me segnalato ed illustrato come uno fra i più importanti e precoci segni diagnostici dell'infezione melitense*).

La reazione agglutinante subito eseguita riuscì positiva ad altissimo titolo per il germe di Bruce.

Nonostante la gravità dello stato generale, l'alta temperatura, e il quadro meningeo accennato, intrapresi la vaccinazione per via endovenosa con la dose di 5 milioni di germi. Avendo constatato una momentanea tregua nella cefalea, due giorni appresso la dose fu portata a 10 milioni, poi, con intervalli di 4 giorni, a 25, indi a 50 milioni. In seguito a quest'ultima la febbre che aveva alquanto ceduto riprese vivacemente dando un'esacerbazione della cefalea e riacutizzando i sintomi meningei, ma dopo 36 ore il malato era sfebbrato e il quadro meningeo totalmente dileguato. Ad un'altra iniezione endovenosa di 75 milioni di germi praticata una settimana dopo, il rialzo termico fu scarso, modica la cefalea, e il malato entrò in convalescenza, a cui seguì rapida e completa la guarigione. Non fu possibile ricontrollare il liquor per il rifiuto dell'infermo, ansioso di lasciare l'Ospedale.

* * *

Esistono dei casi refrattari a questo metodo di cura, nei quali il successo è nullo o parziale?

Affermo subito che in *tutti* i casi da noi trattati si è ottenuto, con maggiore o minore rapidità, la guarigione. Ho accennato avanti che non abbiamo incontrato soggetti che per speciali condizioni di deficit organico imponessero limitazione nelle dosi del vaccino.

La refrattarietà in alcuni individui è apparente, e il mancato successo completo è dato, o da insufficienza delle dosi iniettate e della conseguente reazione non completamente efficace, o dal non appropriato distanziamento delle iniezioni, o infine dalla coesistenza di altri processi morbosi che mantengono lo stato febbrile.

In un nostro malato dopo una serie di iniezioni che avevano portato una riduzione rapida nel volume del fegato e della milza rimaneva una febbre continua che si rivelò originata da una pleurite secca basilare di natura tbc. Dopo un periodo di sosta in cui si ebbe la regressione dei fatti pleurici, il ripreso andamento febbrile dell'infezione maltese si potè dominare completamente con un'altra serie di iniezioni a dosi più intense ed opportunamente distanziate.

Una delle cause che più facilmente simulano la refrattarietà di alcuni soggetti sta nell'abitudine e nella conseguente maggiore tolleranza che l'organismo acquista alle dosi di vaccino se queste sono piccole all'inizio, e il loro crescendo è lentamente progressivo. In questi casi non si hanno le *reazioni efficaci*, e si richiedono dosi altissime per provocarle. Questo fatto si verifica anche quando la terapia si inizia in malati febbricitanti da molti e molti mesi, forse perchè la stessa reazione febbrile continuata e abituale ha reso meno sensibile l'organismo al vaccino. Ma anche in questi soggetti si può rendere efficace la reazione iniettando dosi bruscamente elevate, dopo opportune interruzioni.

Ho già accennato ad un individuo in cui si giunse alla dose di 300 milioni di germi; fu questa che diede la reazione efficace. In un caso recentissimo che riguarda un soggetto giovane e robusto, febbricitante da circa due mesi, una serie di 8 iniezioni, delle quali la ultima di 125 milioni, pur producendo forti reazioni non riuscì a dominare completamente la febbre che dopo 3-4 giorni di tregua riprendeva il suo ciclo. Già la mancata riduzione nel volume degli organi addominali ci faceva presagire tale ritorno febbrile, ma una iniezione di 200 milioni di germi, distanziata qualche giorno di più dall'ultima, ha finalmente troncato, e questa volta definitivamente il ciclo febbrile, mentre il fegato e la milza sono tornati rapidamente al volume normale, e il malato è già in istato di perfetta guarigione.

Un particolare degno di nota è che in seguito alle reazioni efficaci non si ha una vera caduta per crisi della temperatura, da uguagliarsi allo choc della polmonite crupale, ma la febbre declina e scompare gradatamente in 24-48 ore, presentando spesso una piccola riaccensione di rimbalzo; particolare questo notato dal Bianchi.

* * *

Le conclusioni che si possono trarre dal trattamento di questi miei casi, che rappresentano una piena conferma dei risultati ottenuti in un numero molto più notevole di casi dagli AA, ricordati, sono principalmente queste:

1) si possono provocare delle forti ed anche fortissime reazioni febbrili con vaccino antimelitense per via endovenosa, essendo esse generalmente ben tollerate, e non pericolose, nè sotto alcun riguardo dannose. Se non esistono speciali controindicazioni inerenti a lesioni in atto, o a deficit organico dei singoli individui, bisogna ricorrere alle dosi molto forti, che sono le sole efficaci non soltanto a troncare la febbre, ma a vincere rapidamente la malattia;

2) quando non esistono tali controindicazioni che obblighino a limitare le dosi del vaccino, e si possono invece raggiungere con le alti dosi delle forti e intense reazioni febbrili, secondo le norme accennate, la guarigione si ottiene rapidamente e costantemente.

Gennaio 1935-XIII.

RIASSUNTO.

L'A. porta un contributo alla terapia vaccinica per via endovenosa nella « febbre maltese », mettendo in evidenza il merito delle Scuole di Pavia e Catania nell'aver sistematizzato e valorizzato un metodo di cura di rapida e sicura efficacia.

Illustra le modalità, il numero delle iniezioni endovenose, le dosi del vaccino e le conseguenti reazioni termiche, discutendo i casi di apparente refrattarietà.

Conclude affermando che quando si possono provocare con alte dosi di vaccino le necessarie forti reazioni, l'efficacia terapeutica è pronta e costante.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Civile di Troia

Voluminosa cisti di echinococco del Douglas

Dott. Antonio Ventura, chirurgo-direttore.

Il caso che mi appresto a descrivere merita di essere pubblicato per la sede retro-peritoneale sempre rara, come risulta da tutte le statistiche finora pubblicate sulle cisti di echinococco; per la difficoltà diagnostica che ha presentata, perchè l'affezione ha dato fin dall'inizio i primi disturbi a carico della vescica sul cui organo attirava l'attenzione dell'osservatore; e sopratutto per l'abnorme volume raggiunto dalla cisti idatidea che occupava tutto l'addome e conteneva otto litri di liquido.

Bald. Michele, di anni 14, da Castelluccio Valmaggiore, contadino, ricoverato nel nostro Ospedale il 31 dicembre 1926.

Nulla di noto nel gentilizio perchè figlio adottivo: Cresciuto in casa dei coniugi Giuseppe Fenuto e Resce Concetta, allattato al seno di quest'ultima, perchè il figlio nacque morto. Da piccolo è andato sempre in campagna e attende tuttavia al lavoro agricolo.

Anamnesi prossima. Il malato fa risalire l'inizio dell'attuale malattia ad un anno prima dell'ingresso nel nostro Ospedale, perchè fin d'allora avvertì i primi disturbi consistenti in dolori addominali nell'atto della minzione. Il malato insiste nel dire che i primi disturbi furono a carico della vescica e che emetteva l'urina con dolore perchè egli ritiene dipendere tutto il suo male da una uretrite che, a detto del malato, aveva sofferta qualche mese prima dell'inizio dei suoi primi disturbi, ma di questa uretrite non sa precisare la natura e assicura di essere guarito senza alcuna cura. Questi dolori erano dall'infermo ben sopportati tanto da permettergli di attendere ai lavori di campagna, nè pensò mai a farsi visitare.

Chiesto al malato e ai famigliari se la minzione era regolare o no, se l'urina era abbondante o scarsa, se vi era alterazione nel getto, essi non sanno precisare nulla, ma ripetono solo che la minzione era dolorosa e frequente; mai ematuria.

Senonchè due mesi prima dell'ingresso nel nostro ospedale, i dolori addominali si accentuarono fino a farlo camminare curvato ed essere costretto a mettersi a letto e chiamare il medico. Questi, avendo notata una tumefazione nella fossa iliaca destra che estendevasi all'ipogastrio fin oltre la linea mediana destra, pensò a fatti peritiflitici per cui consigliò dieta liquida e riposo a letto. Questa dieta, però, non era ben sopportata dal malato, che, non avendo avuto mai febbre, desiderava mangiare e perciò quando gli riusciva, mangiava qualche cosa di nascosto dalla madre adottiva, che voleva osservare scrupolosamente la prescrizione medica. Da quel giorno il malato è stato sempre a letto e dice che l'addome aumentava sempre più e che i dolori, specialmente nella minzione e successivamente anche nella defecazione, andavano sempre crescendo. Aggiunge che sentiva spesso il bisogno di urinare, il cui atto non avrebbe, egli dice, mai voluto fare per i dolori addominali che esso provocava. In queste condizioni stette per lo spazio di due mesi senza chiamare alcun medico, sia perchè il bambino non aveva febbre, sia perchè il medico curante si era stabilito a Foggia per l'esercizio professionale.

Il 31 dicembre, cioè dopo due mesi che l'infermo era degente a letto, il medico, ritornato a Castelluccio per stare due giorni in famiglia, è chiamato a visitare l'infermo, specialmente perchè non può urinare; e rimane impressionato dall'enorme volume dell'addome del bambino, e, pensando ad una *ascite peritonitica*, consiglia l'immediato ricovero nel nostro Ospedale, dove il giorno stesso è portato.

Esame obiettivo. Ragazzo di costituzione scheletrica regolare per la sua età, pallido, il volume dell'addome fa subito contrasto con la sua magrezza, da dare l'impressione nell'aspetto di un malato con peritonite tubercolare: masse muscolari flaccide, ipotrofiche, colorito pallido della cute e delle mucose visibili.

Torace: negativa la percussione e l'ascoltazione.

Polso: regolare per ritmo, ma frequente.

Temperatura: 36.

Addome: globoso in toto; l'enorme volume dell'addome in un bambino deperito per insufficiente alimentazione è tale da richiamare tutta la nostra attenzione. La pelle è tesa e lucida, ma non fa notare alcun reticolo venoso. La intumescenza è immobile e non si lascia influenzare dai movimenti respiratori. Alla palpazione si nota una resistenza molle-elastica, che non fa apprezzare nessun organo endo-addominale, e non provoca alcun dolore. La percussione è ottusa su tutto l'addome; ma nella regione epigastrica superiore e precisamente sotto l'apofisi ensiforme, e nelle parti latero-inferiori, destra e sinistra, si ha un suono chiaro timpanico. Gli atti respiratori, prevalentemente toracici, non modificano le condizioni addominali. Il suono timpanico nei fianchi si modifica ma non scompare nei movimenti di lateralità.

Con il catetere non è possibile penetrare in vescica onde avere un po' di urina da esaminare, nonostante che il piccolo affermi di non aver avuta alcuna emissione di urina dalla notte precedente.

Non è possibile fare altra ricerca per la gravità delle condizioni dell'infermo.

Con la diagnosi generica di ritenzione di orina alle ore 22, cioè dopo circa due ore dal suo ingresso nell'ospedale, si procede all'atto operativo.

Operatore: dott. Antonio Ventura, assistito dal dott. Tommaso Campanaro medico curante, che ha accompagnato il malato.

Anestesia eterea: taglio ipogastrico come per la cistotomia soprapubica. Dopo la incisione dei vari piani, senza incontrare il peritoneo, si cade sopra una membrana tesa, che in un primo tempo sembra confermare la diagnosi. Ma una volta aperta la resistente membrana si vede uscire una grande quantità di liquido caratteristico come « acqua di roccia », e numerose cisti figlie di diversa grandezza onde è chiara la diagnosi di cisti di echinococco. La marsupializzazione delle due labbra della membrana madre incisa pone termine all'atto operativo. Il liquido estratto era circa 8 litri.

Il decorso post-operatorio fu dei più normali. Fu dimesso dall'ospedale il 21 febbraio 1927, ma

la guarigione completa e definitiva si ebbe dopo circa quattro mesi. Rivedo ora il giovane in ottime condizioni di salute.

Due fatti notevoli risultano dalla storia clinica di questo infermo:

1) i disturbi hanno avuto inizio a carico della vescica e più precisamente erano in rapporto con la minzione;

2) l'aumento rapido avuto negli ultimi due mesi senza alcuna complicazione che l'abbia determinato.

Questi due rilievi anamnestici che si accordavano perfettamente con l'anuria delle ultime 24 ore e con l'esame obiettivo che metteva in evidenza una tumefazione tesa, elastica, nettamente fluttuante, che terminava con una convessità superiore e si estendeva con limiti indistinti nel piccolo bacino, che fra la convessità della tumefazione e le arcate costali si aveva un chiaro suono timpanico intestinale, m'indussero nell'errata diagnosi di ritenzione vescicale. Quest'errore diagnostico si spiega subito, pensando che i caratteri clinici di una cisti di echinococco, che si estrinseca dal piccolo bacino nell'addome, collimano perfettamente con quelli di una distensione vescicale. D'altronde l'urgenza del caso non mi fece pensare alla cisti idatidea: 1) per l'insistenza del malato a riportare tutti i suoi disturbi a carico della vescica; 2) per l'anuria delle ultime 24 ore; 3) per l'aumento cospicuo, al dire del medico, raggiunto dalla tumefazione negli ultimi due mesi. In breve la diagnosi di distensione vescicale da ritenzione fu fatta perchè era l'unica ipotesi diagnostica che si accordava perfettamente con l'urgenza del caso, con l'esame obiettivo, e in un certo modo anche con l'anamnesi. Ho detto in un certo modo con l'anamnesi perchè questa parlava solo di dolori durante la minzione, ma non precisava nessun fatto che facesse ritenere trattarsi di una ritenzione che si è avuta con certezza solo nelle ultime ore. Vi sono infatti casi riportati di distensione vescicale enorme, contenente parecchi litri di urina residua, come quello riportato dal prof. Negro M. il quale estrasse 12 litri di urina residua in un individuo affetto da adenoma prostatico.

Del resto se fu errata la diagnosi di natura della tumefazione, fu esatta la diagnosi generica di tumefazione cistica extraperitoneale che aveva la massima importanza per la cura: nell'uno e nell'altro caso avrei dovuto eseguire lo stesso intervento.

Circa la prima diagnosi peritiflite appendicolare del dottor Campanaro debbo dire che questi non aveva potuto seguire il decorso della malattia, perchè il bambino viveva quasi sempre in campagna con la famiglia, e che solo due mesi prima era stato invitato a visitare il malato, che poi non potette seguire perchè assente dal paese per ragioni professionali. Aggiungo del resto che non è la prima volta che una tumefazione che invade prevalentemente la fossa iliaca destra è scambiata per una peritiflite appendicolare, che è la malattia a cui più facilmente si pensa di fronte a qualsiasi intumescenza che si estende a quella parte dell'addome. Anche la diagnosi di ascite peritoneale con cui mi presentò il malato è una diagnosi da prendere in considerazione di fronte ad una raccolta liquida che occupa tutto l'addome. Senonchè questa diagnosi io, potei facilmente scartare con un attento esame obiettivo il quale dimostrò che il liquido non era libero nell'addome, che la tumefazione terminava superiormente con un margine convesso e che al di sopra ed ai fianchi si percepiva un netto suono timpanico che non scompariva nei diversi movimenti dell'infermo.

Ed ora vediamo brevemente che i due dati anamnestici surriferiti potevano spiegarsi e mettersi d'accordo anche con la diagnosi operatoria di cisti di echinococco.

Il primo rilievo va messo in rapporto con la sede di origine della cisti che evidentemente ha avuto il suo inizio nello spazio retroperitoneale del Douglas, e che poi per il suo ulteriore sviluppo ha respinto in alto i visceri addominali precisamente come un ingrossamento uterino o una distensione vescicale. Il suo sviluppo è stato lento e progressivo, e a mano a mano che aumentava il suo volume aumentavano i dolori dell'atto della minzione per ovvia azione meccanica. Due mesi prima dell'ingresso nel nostro Ospedale l'aumento di volume doveva provocare disturbi tali a carico della minzione e della defecazione da rendere necessario l'intervento del medico: è proprio di una intumescenza occupante lo spazio del Douglas il dare dei disturbi contemporaneamente a carico della vescica e del retto.

Il secondo dato rilevante dell'anamnesi, cioè quello dell'aumento rapido raggiunto dalla cisti nello spazio degli ultimi due mesi, è quello che va preso con qualche riserva.

È noto che le cisti in genere aumentano in modo lento nello spazio di anni, se nessun fatto nuovo viene a turbare il progressivo e lento sviluppo, come un trauma che può determinare la rottura o un agente irritativo che può causare la suppurazione della cisti. Ma nel caso surriportato non vi è stata nessuna di queste cause, tanto che la cisti era integra e non suppurata pur dovendo ritenere che non è

certo mancato qualche stimolo periferico dovuto specialmente allo stato di relativa pienezza della vescica e del retto. In ogni modo bisogna ritenere che la cisti datasse da più di un anno, perchè l'infermo racconta che da un anno prima dell'intervento aveva avuto disturbi a carico della minzione; evidentemente già da un anno prima la cisti era di un discreto volume. Del resto, riprendendo più attentamente in esame il racconto del medico si trova che questi, due mesi prima dell'ingresso nell'Ospedale, dice di aver osservato l'infermo e di aver notato una massa della grandezza di una testa di feto a termine che occupava la fossa iliaca destra e l'ipogastrio fin oltre la linea mediana, e che si estendeva a limiti indistinti nel piccolo bacino. Ora, mettendo insieme il dato anamnestico che fa risalire a più di un anno prima l'inizio dei disturbi del bambino con l'osservazione del medico curante, bisogna ritenere con certezza che l'intumescenza notata due mesi prima dell'atto operativo era di dimensioni molto più grandi di quelle di una testa di feto a termine. Una cisti che dal Douglas si estende superiormente nell'addome fino a far fare diagnosi di peritifilite appendicolare deve già contenere parecchi litri di liquido che poi è ulteriormente aumentato negli ultimi due mesi.

Da quanto sopra bisogna concludere che anche il caso surriferito di cisti di echinococco del tessuto retroperitoneale del Douglas ha avuto il suo normale sviluppo e decorso come gli altri casi finora pubblicati e che l'unico fatto nuovo che giustificava l'urgenza del caso era dato dall'anuria avuta nelle ultime 24 ore.

***

Avrei potuto pensare alla cisti di echinococco prima di accingermi all'atto operativo?

Certo con molta probabilità se l'urgenza del caso mi avesse permesso di fare quegli esami necessari che avrebbero potuto chiarire la diagnosi. Infatti in uno studio su cento casi di cisti di echinococco osservati nella Clinica chirurgica di Roma (Prof. Alessandri), Grifi riportò i seguenti risultati complessivi delle ricerche:

Tutte le reazioni e la eosinofilia presenti nel 56 % dei casi.

Tutte le reazioni e la eosinofilia presenti nel 9,80 % dei casi.

Assente la sola reazione Ghedini Weimberg nel 14,60 % dei casi.

Assente la sola eosinofilia nel 6,10 % dei casi.

Assente la sola intradermoreazione nel 3,50 % dei casi.

Assente la sola Ghedini e l'eosinofilia nel 5 % dei casi.

Assente la sola Ghedini e la Casoni nel 3,70 % dei casi.

Assente la Casoni e la eosinofilia nel 1,30 % dei casi.

Questa statistica della Clinica chirurgica di Roma, dimostra la grande importanza che la ricerca ematologica e le reazioni biologiche hanno per la diagnosi. Se nessun segno è patognomico e nessuna ricerca è sicura, in genere è comunemente ammesso che basta avere il sospetto della presenza di cisti di echinococco perchè la diagnosi si può fare in quasi tutti i casi mettendo insieme un'accurata anamnesi, un attento esame clinico corroborato dalle suddette ricerche speciali.

Avrei potuto fare una puntura esplorativa che avrebbe potuto essere decisiva per la diagnosi qualora nel liquido estratto avessi riscontrato i caratteristici uncini, nonchè i segni fisici e chimici del liquido da echinococco. Ma a parte il fatto che nel caso su riferito non avevo messo in discussione la c. e. la puntura esplorativa è comunemente messa da parte perchè essa espone al pericolo di disseminazione del parassita, ed in genere il chirurgo preferisce farla a cielo aperto, o meglio come primo tempo dell'intervento chirurgico.

D'altronde data l'urgenza del caso, non era facile pensare alla c. e. di fronte ad una massa occupante tutto l'addome.

Si pensa facilmente alla cisti di echinococco di fronte a qualsiasi massa che trovasi nel fegato o nel polmone sapendo la grande frequenza dell'affezione a carico di questi organi, frequenza che si spiega con la patogenesi della c. e. Si sa dalla patologia che la « Taenia echinococcus » è parassita dell'intestino del cane, e che nell'uomo si trova il cisticerco di questa *taenia*, detta comunemente cisti di echinococco. Dall'uovo della tenia, emesso con le feci del cane e giunto con gli alimenti o comunque nell'intestino dell'uomo, sguscia l'embrione che passa nei vasi sanguiferi e viene trasportato nei diversi organi, nei quali si trasforma in cisticerco. Questo ricordo spiega perchè tutte le statistiche danno come sede preferita il fegato, a cui segue in ordine di frequenza il polmone, e le altre sedi. Ma si conoscono pochi casi di cisti di echinococco che hanno avuto sede nel Douglas, e questi casi nelle statistiche vanno considerati con la localizzazione generica del tessuto cellulare, e del resto neanche di questa localizzazione, data la sua grande rarità, si riporta una percentuale a parte, ma essa è compresa in quella muscolare che è più frequente. Nei casi della

statistica surriferita della Clinica Chirurgica di Roma che va fino al 1929 vi è la localizzazione nei muscoli nella proporzione del 2 %, ma non vi è alcun caso a sede nel tessuto cellulare. Senonchè a distanza di 2 anni Spinelli della stessa Scuola di Roma pubblica un caso di cisti di echinococco del Douglas operato da Alessandri e guarito per prima intenzione in modo da poter essere dimesso dalla Clinica dopo 14 giorni di degenza. Questa rarità di localizzazione non dispensa il medico dal dover pensare alla eventuale presenza di una cisti idatidea di fronte a qualsiasi raccolta liquida, circoscritta, e specialmente se a forma emisferica.

Prima di chiudere la trattazione del caso surriportato, desidero fare un cenno sulla cura chirurgica di quest'affezione.

Anche in questo capitolo la chirurgia moderna ha completamente modificato il suo indirizzo. Fino a qualche anno fa si discuteva ancora sul trattamento o meglio sui trattamenti, perchè occorrevano diversi interventi quando una cisti era indovata in un organo della cavità toracica o addominale — e anche per le cisti che si trovavano fuori delle sierose per molti chirurgi cisti di echinococco era sinonimo di marsupializzazione. Questo normale trattamento di una volta in tutte le cisti sterili è stato sempre più abbandonato dopo che il Devé consigliò il « formolage » per impedire l'inoculazione e la diffusione del parassita. Da allora è stato sempre più introdotto dai diversi chirurgi il metodo del vuotamento della cisti e chiusura *per primam* senza drenaggio. Il Taddei nel 1922 in un suo lavoro sulla cura della c. e., pur riconoscendo che bisogna adottare la pratica del Devé di svuotare la cisti, dopo aver praticato in essa l'introduzione della soluzione di formalina per impedire l'inoculazione e la diffusione del parassita, limita la chiusura *per primam* ai casi in cui è possibile l'asportazione della cisti e del pericistico insieme, riconoscendo che questo trattamento è possibile solo in pochi casi nei quali la cisti è circondata da un piano di scorrimento. Margarucci nel 1927 pubblicò un suo lavoro sul « trattamento senza drenaggio delle c. e. » in cui scrive che, per quanto riguarda le indicazioni, può in linea generale affermarsi che il metodo del trattamento senza drenaggio delle c. e. è applicabile a tutti i casi di *cisti non complicate*, aggiungendo solo che va tenuto debito conto dello stato generale del paziente.

Alessandri nelle sue lezioni descrive con quest'ordine tutti i dettagli della tecnica del trattamento senza drenaggio della c. e.: *a*) messa allo scoperto della cisti; *b*) isolamento degli organi circostanti con un primo strato di garza sterile e poi con un secondo strato di garza imbevuta di soluzione di formalina; *c*) introduzione nella cisti di un ago per diminuire il liquido cistico, sollevando con delle pinze il pericistico per impedire l'afflosciamento delle pareti; *d*) attraverso lo stesso ago, introduzione della formalina e successivo vuotamento completo della cisti; *e*) dopo il vuotamento, esplorazione della cavità, sollevando sempre le pareti, strofinandola con dei batuffoli imbevuti di formalina; *g*) chiusura *per primam* delle pareti, eseguendo due piani di sutura della incisione cistica. In ultimo egli afferma: « per esperienza di numerosi chirurgi e nostra, il metodo risponde bene e deve essere applicato a tutti i casi di c. non suppurata ». Egli ricorda di aver operato nella Clinica chirurgica di Roma, alla presenza di alcuni chirurgi americani, una voluminosa cisti di e. del fegato, la quale, col suo margine inferiore, raggiungeva quasi la fossa iliaca destra, contenente 7 litri di liquido, senza lasciare drenaggio alcuno, e il malato guarì in pochi giorni *per primam*: e aggiunge che questo metodo non l'avrebbe adottato in questo caso se lo stesso non gli avesse precedentemente risposto bene, in altri casi di cisti di dimensioni più piccole. È superfluo far notare i grandi vantaggi sociali derivati da questo trattamento chirurgico moderno: basti considerare che, con pochi giorni di degenza, si restituiscono al consorzio civile quei malati, che una volta dovevano stare ricoverati in Ospedale per parecchi mesi.

RIASSUNTO.

L'A. segnala un caso di voluminosa cisti di echinococco dello spazio del Douglas, non solo per la sua rarità, ma sopratutto perchè il suo enorme volume determinò un'anuria nelle ultime 24 ore che richiese l'intervento chirurgico d'urgenza, simulando una distensione vescicale da ritenzione, e termina con un sintetico cenno alla cura chirurgica moderna di questa affezione.

BIBLIOGRAFIA.

ALESSANDRI. Manuale di Chirurgia, 1934.

BUSI. *L'esplorazione radiologica del tubo digerente*: Trattato di Diagnostica Chirurgica del Taddei, 1928.

CAVINA. *Echinococco retro-peritoneale.* Riforma medica, 1924.

CORNIOLY-CHARLES. *Contribution a l'étude des Ki-* Suisse Romande.

FANUCCI. *Cisti della fossa iliaca retroperitoneale.* Policlinico, Sezione Chirurgica, 1927.

GRIFI. *Su cento casi di cisti da echinococco.* Policlinico, Sezione Chir., 1929.

MARCIALIS G. *La diagnosi dell'echinococco addominale.* Sassari, Tip. G. Gallizzi, 1925.

MARGARUCCI. *Echinococco retroperitoneale e pararenale.* Archivio Italiano di Chirurgia, 1927.

NIGRISOLI. *Tumori retroperitoneali e mesenteriali.* Archivio Italiano di Chirurgia.

PUTZU. *Contributo allo studio di alcune localizzazioni rare dell'echinococco.* Gazzetta Intern. di Medicina, 1933.

ID. *Contributo allo studio delle cisti del mesenterio e retroperitoneale.* Gazzetta internazionale di Medicina, 1918.

RAGONE S. IUNIOR. *Cisti di echinococco retroperitoneale-lombo-iliaca destra.* Policlinico, Sezione chirurgica, 1931.

SPINELLI. *Cisti di echinococco dello spazio del Douglas.* Policlinico, Sez. Chir., 1931.

TADDEI. *La cura della c. e.* Riforma medica, 1922.

VALDONI. *Cisti di echinococco del polmone (nuovo metodo di cura).* Policlinico, Sezione Chirurgica, 1933.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

Intorno alle arsine aggressive belliche.

Sen. Prof. ALESSANDRO LUSTIG.

Durante la guerra mondiale molte furono le *arsine* esplorate nei laboratori sperimentali con la mira di utilizzarle a scopo aggressivo. E in realtà alcuni composti dell'arsenico, della serie alifatica ed aromatica furono impiegati, dai tedeschi per primi, a scopo bellico. I tedeschi, partendo dalle esperienze di laboratorio, credettero che questi composti solidi o liquidi, contenuti in proietti ad alto esplosivo, contrassegnati con croce azzurra, per lo scoppio di questi, si sarebbero sparsi e suddivisi tanto minutamente nell'atmosfera da penetrare nelle vie respiratorie anche attraverso ai filtri, che costituivano la parte essenziale del respiratore (maschera) in uso per la difesa individuale dei militari. In modo che questi ultimi — sotto la violenta azione delle arsine che provocano, oltre gli starnuti insistenti e oltremodo molesti, tosse stizzosa, e vivissima irritazione delle mucose delle vie respiratorie — si sarebbero prontamente liberati della maschera, soccombendo così all'azione di altri gas più letali lanciati contemporaneamente o in un secondo tempo.

Nella pratica però — cioè sul campo di battaglia — queste condizioni non si sono di solito avverate, perchè le particelle di arsine disperse nell'aria dallo scoppio dei proietti, sebbene molto frazionate, furono ancora troppo voluminose per attraversare i filtri delle maschere.

In guerra si usarono, per quanto a noi consta, della serie alifatica la *metildicloroarsina* e l'*etildicloroarsina*. Un terzo composto di questa serie di cui tanto si è parlato negli ultimi tempi, ed anche fantasticamente, la *clorovinilarsina* (*lewisite*), non fu ancora usato a scopo bellico; tuttavia esso sarà l'argomento più interessante di questa breve nota.

Delle arsine aromatiche, (alogenoarsine aromatiche), che in generale sono meno tossiche delle altre, sebbene esercitino una violenta irritazione sulle mucose, furono usate dai belligeranti la *difenilcloroarsina* o *cloruro di difeniiarsina*, la *difenilcianoarsina* o *cianuro di difenilarsina* e il *cloruro di difenilamminarsina*.

Non possiamo qui, per ragioni di spazio (1), entrare in troppi particolari sui caratteri fisici, chimici e biologici dei principali composti arsenicali aggressivi; ricorderemo ch'essi sono dei tossici cellulari, che agiscono sul protoplasma vivente quando vengono a contatto con i tessuti, allo stato solido, liquido o gassoso, provocando processi infiammatori e necrotici sulla pelle, nelle vie respiratorie, sulle mucose, particolarmente su quella oculare, ed esplicano inoltre una azione tossica generale sull'organismo per riassorbimento del prodotto attraverso i tessuti colpiti.

L'*idrogeno arsenicale* (AsH_3) che, come è noto, ha un debole odore di aglio, è un forte veleno del sangue, è emolitico, forma metemoglobina, e agisce sul sistema nervoso centrale, non ha trovato applicazione in guerra.

E nemmeno il *tricloruro di arsenico* ($AsCl_3$), che è potente veleno — ne bastano 0,1 mgr. in un litro d'aria per renderla irrespirabile e provocare lesioni dei polmoni, cheratite, congiuntivite e dermatiti — ha trovato larga applicazione. I belligeranti lo impiegarono però quale solvente di altri gas, molto pericolosi, come il fosgene e l'acido cianidrico.

Invece le truppe nord-americane usarono nella guerra mondiale, in Francia, la *metildicloroarsina* ($CH_3.AsCl_2$) che è poco solubile nell'acqua dalla quale non viene decomposta. Alla concentrazione di 25 mgr. per m^3 d'aria questo prodotto, già dopo un minuto, determina nell'uomo e negli animali forte irritazione delle mucose, mentre allo stato puro provoca sulla pelle la formazione di vesciche come i gas vescicatori (iprite).

Più usato in guerra, particolarmente dai tedeschi in miscela col 20 % di *etere diclorometilico*, fu l'*etildicloroarsina* ($C_2H_5.AsCl_2$). Questo composto è molto tossico: alla concentrazione di pochi milligrammi per m^3 d'aria provoca infiammazione delle mucose, dispnea, paresi e talvolta paralisi delle estremità, deliquî, vomito, starnuti persistenti. Allo stato liquido, se viene in contatto con la pelle, provoca vesciche con contenuto sieroso, e vere neuriti dolorose nel letto ungueale. Il cloruro di calce neutralizza con grande rapidità questo composto.

(1) Nel volume: LUSTIG e collaboratori: *Effetti dei gas di guerra* (2ª Edizione, Milano, 1934-XII), abbiamo indicato in una tabella i principali composti arsenicali aggressivi.

Durante la guerra mondiale fu fatto largo uso da parte di tutti i belligeranti della *difenicloroarsina* — $(C_2H_5)_2AsCl$ — composto conosciuto anche sotto il nome di croce azzurra Clark (tedeschi), sternite (francesi), D.A. (americani). Questo composto, che si decompone a contatto dell'acqua, si scioglie nel fosgene, nei tetracloruro di carbonio e nei comuni solventi organici. Con la difenilcloroarsina, da sola o in mescolanza al 20 % con fosgene e cloropicrina, si caricarono bombe a mano e proietti d'artiglieria a forte carica esplosiva i quali scoppiando disperdevano nell'aria il composto allo stato di finissima polvere molto stabile. Una concentrazione di 1-2 mgr. per m^3 d'aria può riuscire molesta e dare anche disturbi motori e sensitivi di non breve durata; e si hanno talvolta persistenti dolori e disturbi del ricambio materiale con dimagramento per alcuni mesi (Flury).

Numerosi furono in guerra i colpiti dalla *difenilcloroarsina*, e furono trattati in vario modo secondo la gravità del loro stato. Il prurito molesto cutaneo si è mitigato con fregagioni di ammoniaca concentrata (20 parti in un litro di alcool a 95°), e successivamente con impacchi con olio di lino o unguento di ittiolo. Anche l'unguento alla percaina, il calcio lattico e l'aspirina hanno corrisposto nel prurito persistente. L'ammoniaca alcoolica giova prima della formazione delle vesciche cutanee, che insorgono dopo l'edema quando il composto puro colpisce direttamente la pelle: le vesciche si pungono per vuotarle. Se i disturbi al torace persistono si consiglia il salasso, l'inalazione di ossigeno, e i soliti medicamenti che agiscono sul cuore.

Più irritante per le mucose e più persistente nella sua azione, è il *cianuro di difenilarsina* — $(C_6H_5)_2$ As. CN — (la croce azzurra Clark II dei tedeschi) che ha uno *spiccato odore di mandorle amare;* il limite di riconoscimento di questo composto nell'atmosfera è di 0,005 mgr. in un m^3 d'aria, e il limite minimo di tollerabilità per l'uomo e per un minuto di respirazione è di 0,25-1 mgr. per m^3. Lo si avverte nell'aria per l'irritazione della mucosa nasale e delle mucose delle vie respiratorie superiori; dà cefalea e dolori agli orecchi, ai denti, alle mascelle e provoca violenti sternuti. Anche questo composto viene neutralizzato dal cloruro di calce.

Molto affine per i suoi effetti alla difenilcianarsina è la *difenilamincloroarsina* detta Adamsit, o D.M. dagli americani, i quali l'impiegarono largamente per lo sviluppo di nubi, contenenti minutissime particelle del tossico, dannose agli organi respiratori, di rapido effetto e di lunga durata. Questo composto è mortale per l'uomo dopo 2-10 minuti se è contenuto nell'aria nella proporzione di circa mgr. 6,2 per litro. Un buon filtro della maschera respiratoria trattiene però questo tossico.

Per calmare l'irritazione della mucosa nasale e della gola provocata dalle arsine in genere si usarono al fronte lavaggi con soluzione fisiologica di cloruro di sodio o soluzione di acido borico; i tedeschi facevano odorare polvere di cloruro di calce. Per frenare gli starnuti s'introduceva nelle narici una soluzione di cocaina in glicerina (1-2 %). Utili si sono mostrate le inalazioni di una miscela composta di: alcool 40, cloroformio 40, etere 20, ammoniaca gocce 5-10. Contro la cefalea, aspirina.

Tutti questi prodotti possono contaminare l'acqua e gli alimenti in genere, in seguito ad ingestione dei quali si possono avere gravi disturbi: è necessario in tal caso far espellere il tossico provocando il vomito e somministrando successivamente un blando purgante.

Fra le arsine aggressive vi è un composto che ha destato un grande clamore per le pubblicazioni degli americani del nord che lo chiamarono il *supergas*, la *rugiada della morte* (*the dew of the death*); o *Methyl M. I.*

Si tratta di un composto della serie etilenica: la *β-clorovinildicloroarsina* (lewisite) preparata in America nel 1918 da W. Lee Lewis, ma già nota anche nei suoi effetti ai chimici tedeschi, sebbene non fu impiegata a scopo bellico.

Il *composto impuro*, detto *lewisite tecnica*, è nerastro ed è costituito da una miscela di *L. primaria*, *secondaria* e *terziaria*, mentre la *L. pura* è un liquido incoloro o giallognolo dal caratteristico odore di geranio; è solubile nei comuni solventi organici; si idrolizza a contatto dell'acqua formando un ossido innocuo; gli alcali la decompongono subito formando acetilene. La *L. primaria* e quella *secondaria* hanno una azione vescicatoria e tossica, mentre la *L. terziaria* è poco tossica e non vescicatoria.

Questo composto non fu ancora usato in guerra, ma la sua azione biologica è stata sperimentata sugli animali, e in parte anche sull'uomo, nei laboratori americani, da alcuni miei collaboratori, e poi da H. Büscher in Germania.

Senza entrare in troppi particolari diremo che la lewisite è realmente un potentissimo tossico che esplica un'azione simile a quella di un altro potente gas vescicatorio: il solfuro di etile biclorurato (iprite); l'arsenico del composto penetra anche nell'organismo attraverso la cute e si ritrova nelle urine; è un potente starnutatorio ed irrita enormemente le vie respiratorie. Allo stato di vapore è letale, per gli animali, alla concentrazione di mgr. 0,048 per litro, e la concentrazione vescicatoria è di mgr. 0,334 per litro. I vapori di L. provocano dapprima lagrimazione, secrezione nasale, vomito, poi tosse stizzosa, violenti starnuti, congestione polmonare, edema. La morte avviene in poche ore (in media 30). Durante e subito dopo l'esposizione dell'animale la temperatura si abbassa, anche il cuore ne risente.

La *lewisite ha una violenta azione sulla cute*

dell'uomo, non così tardiva però come quella dell'iprite. Si calcola (Vedder) che la dose letale per riassorbimento cutaneo, per l'uomo, sia di c.c. 0,02 per cm² e per Kg. di peso corporeo, onde sarebbero sufficienti c.c. 1,4 di L. spalmata sulla cute di un uomo di 70 Kg. per provocare un avvelenamento con esito letale.

Le applicazioni di dosi subletali di L. liquida provocano profonde ed estese ustioni con conseguente necrosi diffusa della pelle e del tessuto sottocutaneo. Nell'uomo abbiamo osservato lesioni del letto ungueale con guarigione per caduta dell'escara necrotica dopo 8-10 giorni, come lo dimostra la fotografia originale (Tav. XI) del nostro volume (*Effetti dei gas di guerra*, 2ª ediz., Milano, 1934-XII).

Degli animali avvelenati per via cutanea con L. liquida il 50 % muoiono entro le 24 ore, gli altri dopo 2-20 giorni.

Nell'uomo la L. penetra rapidamente nella pelle e provoca subito bruciore, dopo pochi minuti iperemia, dopo poche ore si formano piccole vesciche e dopo 24 ore bolle grandi centrali. Nel secondo giorno l'infiammazione è in genere al massimo. Dopo 3 giorni un braccio leso per lewisite (2 gocce) è già sgonfiato e dopo 14 giorni, se non si associano infezioni secondarie, si può avere la guarigione.

Interessanti sono le nostre osservazioni comparative tra le lesioni cutanee da lewisite e quelle da iprite: queste hanno un decorso molto più lento e le distruzioni dei tessuti ipritati sono più gravi e profonde che non nelle lesioni da lewisite. Complete sono poi le nostre osservazioni sugli animali morti per avvelenamento con lewisite; l'arsenico è stato ritrovato per via chimica in tutti gli organi ed in maggior quantità nei tessuti sottostanti alle zone trattate, nel fegato, nei reni, nella milza.

Importante per la pratica è il sapere che applicando tempestivamente sulla cute una soluzione acquosa al 5 % di idrato sodico, con successivi lavaggi di acqua pura per evitare l'azione irritante dell'idrato sodico, è possibile arrestare l'azione del tossico. Anche 6 parti di idrato ferrico e 1 di glicerina giovano allo scopo. Büscher usò il cloruro di calce secco con buoni risultati. Nel trattamento delle vesciche da lewisite si consiglia, per facilitare la guarigione, di pungere le vesciche con ago sterile per vuotarle senza asportarne l'epidermide.

In conclusione sull'azione fisiopatologica delle arsine in generale possiamo affermare che questi composti in forti concentrazioni danno per riassorbimento il quadro dell'avvelenamento acuto da arsenico; in deboli concentrazioni sono irritanti senza arrecare danno notevole. Sulla pelle e sulle mucose esplicano un'azione vescicante più o meno intensa; nelle vie respiratorie producono alterazioni delle vie aeree superiori e dei polmoni con formazioni di pseudomembrane e di edema polmonare acuto.

Caratteristica di questi composti è che il contatto diretto del tossico provoca una irritazione dei nervi sensitivi di gran lunga maggiore di quella provocata da qualunque altro composto chimicamente definito.

Si noti ancora che le arsine sono in generale poco solubili nell'acqua, molto invece nei solventi organici e nei grassi; posseggono un elevato coefficiente di ripartizione per i lipoidi, quindi penetrano facilmente in tutte le cellule ove esplicano la loro azione alterando od ostacolando quelle funzioni che sono di vitale importanza per le cellule stesse.

A fine pratico ricordiamo che se la diagnosi delle forme d'intossicazione pura da arsine è facile perchè si basa essenzialmente sui segni molto caratteristici di violenta ed immediata irritazione delle mucose e della cute, essa non è così semplice quando in guerra le arsine vengono lanciate sul campo di battaglia contemporaneamente ad altri gas, specialmente asfissianti, nel qual caso si ha una sintomatologia molto più complessa.

Dal Laboratorio fisiopatologico del Centro chimico militare.

Firenze, marzo 1935-XIII.

SUNTI E RASSEGNE.

TISIOLOGIA.

La diagnosi della tubercolosi polmonare iniziale.

(W. BURTON WOOD. *British med. Journ.*, 16 febbr. 1935).

Attualmente, noi possiamo sperare di scoprire la tubercolosi ad uno stadio in cui i tessuti polmonari mostrano il primo segno di desintegrazione; in tali casi, la forma iniziale può venire diagnosticata e spesso arrestata. Ma, malattia iniziale non significa malattia limitata poichè, specialmente nei primi anni di vita, essa si diffonde rapidamente e può involvere un mezzo polmone in poche settimane. E noi dobbiamo abituarci a riconoscere non soltanto la malattia iniziale, ma ogni recrudescenza iniziale; in tale periodo della vita, ogni mese guadagnato nel riconoscere il nemico aumenta le probabilità della vittoria.

I DUE TIPI DI TUBERCOLOSI.

Si dividono generalmente i casi in proliferativi ed essudativi; si tratta di termini un po' imbarazzanti, ma però utili in quanto che dei termini più precisi non definirebbero altrettanto bene dei fenomeni che sono finora imperfettamente compresi.

1) La *malattia proliferativa* è del tipo cronico; l'essudazione che caratterizza il suo inizio decresce rapidamente per lasciare il posto alla caseificazione ed alla fibrosi. Le radiografie ci mostrano il processo in modo evidente.

Dei cordoni fibrosi delineano i bronchi, circondano le aree caseificate, sottolineano le fessure polmonari e formano delle pareti rigide delle caverne. In generale, la tisi degli adulti e della media età corrisponde a questo tipo, che può però riscontrarsi anche nell'infanzia, nell'adolescenza e nei giovani adulti.

2) Il tipo essudativo si riconosce soltanto alla radiografia e non si ha, come per quello proliferativo, l'occasione di verificarlo all'autopsia. In questa forma, tipica per la tisi degli adolescenti, la caratteristica principale è data dalla tendenza all'essudazione parenchimale e dalla formazione di cavità a pareti molli, di forma esattamente circolare che, al pari della circostante essudazione, si sviluppano rapidamente e spesso scompaiono pure rapidamente, lasciando una sottile cicatrice lineare del parenchima. Non corrispondono alle caverne che si vedono all'autopsia e vennero a lungo considerate non come degli ascessi polmonari, ma come degli anelli pleurali. Talvolta sono chiamate « ombre anulari », ma erroneamente perchè non si tratta di anelli, ma di sfere, come si può confermare con l'esame laterale od obliquo o con la stereoscopia.

Secondo qualche teoria, esse vanno considerate come delle bolle d'aria, il che non è poichè esse non si svuotano quando vengono punte con l'ago esplorativo; d'altra parte, la loro comunicazione con i bronchi può essere dimostrata dal fatto che i bacilli di Koch persistono fino quando tale caverna molle rimane nella radiografia e scompaiono dopo la sua chiusura. Il loro comportamento alla collassoterapia (sotto l'influenza della quale esse si contraggono concentricamente a meno che non siano tenute aperte da aderenze) costituisce un'altra prova che esse sono realmente una spaccatura nel polmone.

Il termine di caverne elastiche o silenti si riferisce al loro carattere transitorio ed al fatto che esse non possono essere dimostrate da segni fisici, poichè questi non dipendono dall'estensione della malattia bensì dal suo carattere.

PUNTI IMPORTANTI NELLA DIAGNOSI.

Dal punto di vista diagnostico, la differenza più importante fra la forma proliferativa ed essudativa consiste nel fatto che la fibrosi polmonare è associata con modificazioni più o meno caratteristiche dei segni fisici, mentre l'essudazione non lo è. Spesso, mancano del tutto i segni fisici abnormi e, d'altra parte, l'A. critica l'atteggiamento di molti AA. che si ostinano a ricercare dei sottili sintomi clinici per la diagnosi di tubercolosi; uno di questi, citato dall'A., insiste, p. es., sulla grande importanza della palpazione, mediante la quale, si possono diagnosticare l'infiltrazione, la fibrosi cronica, le caverne... Ora, osserva l'A., in un decimo di secondo, l'osservazione radiologica ci dice molto di più che un'ora spesa per vellicare la pelle sui muscoli, percuotere le strisce di Kronig, osservare la deviazione della lingua, ecc. È come se si usasse un cefalotribo per estrarre un dente di latte!

Nei tempi precedenti la radiografia, soltanto il 25 % della tubercolosi in atto veniva scoperto; questo viene troppo spesso dimenticato da quelli che considerano la radiografia soltanto come una conferma della diagnosi. Bisogna, invece, mettersi in mente che la tubercolosi polmonare è una malattia relativamente silente ed è appunto questo che la differenzia da altre malattie toraciche croniche: bronchite, bronchiectasia, tumori maligni, pneumoconiosi, polmone fibroide, che danno tutti dei segni più o meno caratteristici. Sicchè, quando un medico ci dice: « non trovo alcun segno fisico, *ma* sospetto la tubercolosi », non fa che subire le conseguenze di falsi insegnamenti. Egli dovrebbe invece dire: non trovo nessun segno fisico e, *quindi*, sospetto la tubercolosi.

Benissimo, si dirà, ma allora in tal caso che resta a fare al medico pratico? Ognuno può, più o meno, leggere una radiografia chirurgica; ma l'interpetrare una radiografia del torace esige una coltura da specialista. Nessun bisogno, aggiunge l'A., di sottoporre ai raggi X ogni persona che soffre di tosse. Il problema è più semplice di quanto non sembri.

Tutti sanno che vi è un tipo di aneurisma che è dimostrabile mediante segni fisici ed un altro che si rivela mediante sintomi. Ora, il tipo di tubercolosi fibro-caseosa fornisce dei segni più o meno caratteristici: ottusità del lobo superiore, respiro aspro, crepitazione fibrotica, ecc. Ma il tipo di tubercolosi, che non dice nulla alla percussione, si traduce pure con dei sintomi. Entrambi i tipi eliminano dei bacilli o danno delle caverne, il che non vuol dire che la saliva del paziente dia risultati negativi alla ricerca di laboratorio. Due o tre esami di sputo possono essere necessari, ma talvolta lo è positivo il primo, anche in casi che sembrano del tutto iniziali; ed anche il paziente timoroso che ingoia il suo sputo può dare un risultato positivo all'esame delle feci. La prova dello sputo è la più semplice ed, a parte l'esame ai raggi X, quella che dà i risultati più sicuri è, pur troppo, bene spesso negletta. Il dispositivo per l'esame dello sputo deve essere sempre pronto per ogni evenienza.

LA SINTOMATOLOGIA GENERALE.

Dallo spoglio di 50 casi di tubercolosi in giovani dai 15 ai 25 anni, risulta che per quasi tutti vi era qualche accenno di quello che, non i segni fisici, ma i raggi X e l'esame dello sputo rivelarono.

Tralasciando 6 casi in cui la malattia durava da sei mesi, l'A. trova che 37 degli altri 44 avevano dei sintomi che suggerivano l'idea di

tubercolosi. In 14, si aveva tosse con espettorato, in 23 si era avuta emottisi (da un semplice sputo sanguigno ad un'emorragia franca). Nell'80 % circa, vi era un'anamnesi famigliare di tubercolosi o si ammetteva un contatto stretto con tubercolosi.

L'esame fisico dava dei segni sospetti soltanto in una metà dei 44 casi, mentre negli altri mancavano od erano dubbi.

L'A. ritiene che la vecchia denominazione di diatesi tubercolare contenga una parte di verità, il paziente che ne ha l'aspetto è anche tubercoloso con maggiore probabilità di un altro che tale aspetto non ha; e se attaccato, il primo soccomberà più facilmente del secondo. Con l'approssimarsi della mezza età, e nel sesso maschile, l'aspetto del paziente è meno nettamente distinto.

È raro, se pur esiste, il tubercoloso che piagnucola sul suo male; invece, la tendenza a ridurre al minimo i sintomi, a dare risposte evasive ed offrire spiegazioni per ogni sintoma che viene ammesso con riluttanza è tanto tipica per il tubercoloso che essa suggerisce, secondo l'A., la tubercolosi. Ciò vale soprattutto per lo sputo sanguigno; se il tubercoloso non l'ha mai avuto, la nega in modo così reciso come fosse insultato da un'offesa personale. Nelle emottisi da altre cause, il paziente fa tesoro del suo espettorato, vi spiega il fazzoletto insanguinato o vi mostra quasi con orgoglio una bottiglietta col sangue espulso.

Importante è anche l'aspetto del paziente, con gli occhi lucenti e la complessione delicata; la pelle fina dei tubercolosi è nota fino da Ippocrate; anche nell'età media, essi hanno la pelle del torace liscia e fina. Il sudore alle ascelle è più significativo che non quello notturno, che è troppo frequente per avere un significato.

SINTOMI E SEGNI.

Per quanto riguarda l'esame fisico, l'ispezione della forma e dei movimenti del torace ha scarsa importanza per la diagnosi precoce di tubercolosi; lo stesso si può dire della percussione, a meno che non vi sia una complicazione di pleurite con versamento o di consolidazione bronco-pneumonica. Maggior valore ha l'ascoltazione, in quanto che un affievolimento del respiro si può notare in un'area di infiltrato precoce; importanza diagnostica hanno dei rantoli crepitanti fini ed umidi, specialmente udibili nell'inspirazione che segue una breve tosse, sulla zona apicale o sottoapicale. Ma non ci si aspetti di sentirli sempre; essi indicano una malattia molto attiva ed una diffusa compartecipazione del lobo affetto. Oltre alla nota zona d'allarme all'interno della spina della scapola, è da menzionarsi un'altra zona in cui si cercheranno i crepitii, all'interno dell'angolo della scapola stessa.

L'esame dello sputo verrà ripetuto varie volte; se negativo, s'impone senz'altro la ricerca dei raggi X, prima di emettere un giudizio. Ma anche con questo, si può incorrere in errori, poichè una cattiva radiografia od una erronea interpretazione di una buona radiografia possono condurre su una falsa strada. L'A. cita un caso di recente osservazione di un paziente che aveva lavorato per molti anni con la silice ed in cui la radiografia mostrava una piccola cavità tubercolare ed una punteggiatura miliare di entrambi i polmoni, sicchè venne diagnosticata una silicosi con tubercolosi miliare. Poche settimane più tardi, l'autopsia rivelò trattarsi di carcinomatosi miliare con una sola caverna tubercolare insignificante. *fil.*

Contributo allo studio del pneumotorace opaco.

(M. MATTINA. *Riv. di Pat. e Clinica della Tubercolosi*, 31 ottobre 1934).

Nel corso della collassoterapia pneumotoracica, la sezione dell'emitorace corrispondente al cavo pleurico insufflato appare radiologicamente come una zona di maggiore trasparenza, mentre la sezione corrispondente al polmone collabito è più o meno intensamente opaca.

Recentemente Cardis e Bourguignon hanno richiamato l'attenzione sul fatto che in determinate circostanze si può avere una inversione di tali rapporti di opacità, cosichè è la sezione corrispondente al polmone collabito quella che appare più chiara. Interpretarono il fenomeno come dovuto ad una pachipleurite del foglietto parietale del cavo pneumotoracico. Nello stesso tempo altri AA. resero note analoghe osservazioni alle quali dettero analoga interpretazione.

Ma non sempre questa è la genesi del pneumotorace opaco: in un caso di Omodei-Zorini l'autopsia mise in evidenza un pneumotorace extrapleurico parietale; secondo Podestà il pn. o. corrisponderebbe alle diverse tappe, da tempo note, della pachipleurite plastica nel corso della collassoterapia.

L'A. ha osservato due casi di pneumotorace opaco, su 136 infermi trattati con pneumotorace nel Sanatorio « V. Cervello » di Palermo. Egli nota anzitutto che contrariamente alla opinione corrente sulla discreta frequenza del quadro descritto, nel corso delle pleuriti da pneumotorace, l'averlo riscontrato solo due volte sopra un discreto numero di tali pleuriti con versamento (circa il 40 %), significa che non in tutti i casi di pleuriti pneumotoraciche si producono quei fattori necessari al manifestarsi del pneumotorace opaco.

Discordi sono i pareri sulle cause di tali pleuriti: i più le ritengono di origine flogistica, altri di origine circolatoria, altri irritativa, ecc.

Dumarest distingue in tre gruppi gli esiti delle pleuriti pneumotoraciche: la sclerosi pleurica insorgente dopo la pleurite secca o

dopo pleurite essudativa, il cui versamento non si è più riprodotto; la sinfisi pleurica completa o parziale; l'ispessimento fibroso notevole della pleura o pachipleurite, che può o no assumere carattere sinfisario.

Di fronte a queste complicazioni la sorte del pneumotorace è varia: in alcuni casi può essere agevolmente continuato, in altri è ostacolato al punto da doverlo abbandonare. Tra i due estremi vi è un certo numero di casi nei quali o per l'arresto del processo pleurico adesivo o perchè la pachipleurite non ha preso il carattere sinfisario, il penumotorace può essere continuato, per quanto in condizioni meno felici. È in questi casi, nei quali può apparire il quadro del pneumotorace opaco. Fattore indispensabile alla sua manifestazione è l'ispessimento notevole e prevalente del foglietto pleurico parietale della sacca aerea; è pure necessaria la deposizione di grosse masse di fibrina.

Altro fattore importante è la aderenza di un lembo polmonare in riespansione, alla parete costale. L'A. ha riscontrato parallelamente alla riespansione, il ritorno del respiro e lievi sfregamenti, in una zona ove prima era silenzio respiratorio.

In conclusione l'A. ritiene che il pneumotorace opaco sia un quadro radiologico ben definito, corrispondente ad una particolare condizione anatomo-fisica del torace; la sua comparsa è un segno radiologico certo di pleurite sinfisaria e deve mettere in guardia onde prendere i provvedimenti nel caso che sia necessario mantenere il polmone collassato.

VICENTINI.

SINDROMI TOSSICHE.

Gli itteri della chemioterapia. Analisi patogenetica.

(A. TZANCK, M. CACHIN e J. BOYER. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 25 febbraio 1935).

Parlando di ittero tossico da chemioterapia si esprime l'idea che il medicamento abbia in tali casi un'importanza diretta. In effetti, la quasi totalità degli itteri si osserva usando i sali arsenicali, molto più rari sono gli itteri in seguito a cure mercuriali, rarissimi con le iniezioni di bismuto. Ma se l'importanza dell'intossicazione è certa e non è trascurabile, l'elemento tossico non è il solo ad essere in causa, poichè in caso di guarigione si può, in quasi tutti i casi, riprendere le iniezioni dello stesso prodotto senza mai riprodurre l'ittero.

Si è attribuito l'ittero, in questi casi, ad una reazione di Herxheimer, ma l'ittero a tipo di Herxheimer è rarissimo. D'altra parte, l'ipotesi patogenetica che attribuisce l'ittero da chemioterapia ad una epato-ricaduta non è sostenibile, perchè l'epato-ricaduta è assai rara e può sempre essere evitata con un trattamento corretto.

Gli AA. ritengono che le ipotesi da prendere in considerazione sono essenzialmente due: secondo l'una l'ittero da chemioterapia non sarebbe che un ittero infettivo banale dovuto a germi esaltati sotto l'influenza del trattamento, secondo l'altra l'ittero viene considerato come una reazione di intolleranza epatica.

La concezione infettiva degli itteri post-terapeutici poggia in primo luogo sulla identità assoluta di questi ultimi con gli itteri che intervengono all'infuori di ogni medicazione. Resterebbe a spiegare per quale ragione questo ittero infettivo non recidiva ripetendo la terapia; bisognerebbe ammettere che si tratta di una infezione immunizzante.

Ugualmente plausibile sembra agli AA. la ipotesi di una reazione di intolleranza epatica. Gli argomenti che parlano in favore di quest'ultima ipotesi sono diversi: come per le altre intolleranze viscerali o cutanee, l'intolleranza epatica può essere la stessa per cause assai diverse (arsenico, mercurio, atofan); essa può ugualmente insorgere per dosi le più varie, secondo i soggetti; la reazione una volta manifestatasi scompare il più spesso senza lasciar traccia; frequentemente si accompagna ad altre manifestazioni di intolleranza tissulare od organica.

L'accidente è assolutamente indipendente da ogni tara epatica anteriore. Quest'ultimo carattere sottolinea la differenza assoluta fra le due nozioni di intolleranza e di insufficienza organica.

Dato che il termine intolleranza è frequentemente usato, occorre precisare il suo vero significato. L'intossicazione si distingue dalla intolleranza non solo perchè l'una è un fenomeno chimico e l'altra un processo di ordine fisico (flocculazione, colloidoclasia), ma anche perchè la prima ha un meccanismo strettamente materiale, l'altra è un fenomeno di ordine essenzialmente biologico. L'intolleranza è in relazione con l'eredità e i caratteri acquisiti dall'organismo ed è l'espressione di una patologia attiva del tessuto vivente capace di reagire secondo la sua propria individualità in modo identico a cause differenti ed in modo differente alla stessa causa.

Lo studio di questi itteri ci mette però in presenza di un fatto nuovo: contrariamente a quello che avviene per i fenomeni di intolleranza a carico degli altri organi e tessuti, il fegato non reagisce di nuovo ad una sostanza dimostratasi nociva e l'organo può sopportare ulteriormente senza danno la stessa medicazione. Fatto questo a prima vista sconcertante. Ma la spiegazione di questo carattere paradossale si può trovare nella fisiologia della ghiandola epatica. Il fegato è incaricato della trasformazione degli alimenti provenienti dal tubo digestivo ed essendo questi alimenti estremamente vari, l'organo epatico deve costantemente adattarsi alle circostanze, al contrario di ciò che avviene per il rene, organo

di epurazione del sangue, cioè di un mezzo di composizione rimarchevolmente fissa. Si comprende pertanto come il fegato abbia la possibilità di adattamenti impossibili ad altri organi e ad altri tessuti e possa quindi desensibilizzarsi da sè.

I caratteri comuni a quelli propri dell'intolleranza epatica rendono conto della maggior parte degli itteri di cui noi non potevamo, a prima vista, fornire un'interpretazione patogenetica.

Le due concezioni patogenetiche illustrate non sono incomprensibili ed è possibile che l'una e l'altra si applichino a casi particolarmente differenti ma clinicamente simili. Ciascuna di essa deriva da una veduta dottrinale differente. La teoria distrofica riporta l'accidente ad un germe infettivo esaltato dalla medicazione, la teoria dell'intolleranza rende l'organismo responsabile della reazione rispetto ad una medicazione che non è tollerata. Gli AA. pensano che questa doppia interpretazione sia applicabile anche al processo fondamentale dell'infiammazione, nel senso che la partecipazione infettiva non è necessaria.

C. TOSCANO.

Profilassi degli accidenti dovuti ai novarsenobenzoli. Metodo personale.

(J. BÉNECH. *Presse Méd.*, 20 febbr. 1935).

In numerose circostanze i novarsenobenzoli non sono tollerati dai malati e producono disturbi di intensità e di gravità assai varia. Esistono dei gradi nelle crisi nitritoidi che sono il tipo degli accidenti immediati. Lasciando da parte ancora gli accidenti gravi e mortali dei primi giorni, l'A. considera gli altri accidenti tossici che si riscontrano più frequentemente, specie le reazioni termiche accompagnate da cefalea, rachialgia, vomito e insonnia.

Sono questi accidenti che, per la loro frequenza hanno indotto molti medici a non più impiegare gli arsenobenzoli.

Numerosi mezzi sono stati proposti per diminuire la tossicità degli arsenobenzoli. Milian ha preconizzato con successo l'uso dell'adrenalina per bocca o per via intramuscolare per le intolleranze riconosciute. Si è proposto l'uso di soluzioni molto diluite e l'iniezione molto lenta. Sono stati saggiati vari solventi con risultati favorevoli (soluzione glucosata, soluzione di iposolfito di sodio, eosinato di cesio). L'eosinato di cesio ha reso dei servizi, ma è di difficile preparazione e di alto costo, e la sua colorazione rossa non permette di renderci conto bene dell'aspirazione del sangue nella siringa per vedere se l'ago è bene a posto.

Ma tutti questi metodi hanno dato spesso risultati insufficienti. L'A. partendo da alcune esperienze di Rebaudi, che dimostrano il potere antitossico degli aminoacidi, ha voluto esperimentare l'uso di soluzione di glicocolla come solvente del novarsenobenzolo, preparando delle fiale di 5 cc. di una soluzione sterile di glicocolla al 4 %. I risultati sono stati molto buoni.

Una ampolla è sufficiente fino alla dose di 0,75. Per le dosi di 0,90 si adoperano 2 ampolle di 5 cc. Quando una dose di 0,75 non sia ben tollerata, l'A. per l'iniezione seguente adopera 2 ampolle; gli accidenti allora scompaiono.

L'A. ha trattato con questo metodo 20 donne che notoriamente non tolleravano il novarsenobenzolo eseguendo 108 iniezioni endovenose. Su questi 20 casi, 16 hanno dato successo assoluto, 4 un successo parziale.

La spiegazione dei buoni risultati che si ottengono con il metodo proposto è assai difficile. L'A. pensa che molto probabilmente la glicocolla agisce come stimolante della funzione antitossica del fegato.

C. TOSCANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

H. KÄMMERER. *Allergische Diathese und allergische Erkrankungen*, II[a] edizione, ed. Bergmann. Monaco, 1934. MK. 26.

Gli studi sull'allergia han fatto in questi ultimi anni sì lunga strada, che il seguirne gli sviluppi attraverso la vasta letteratura comparsa rappresenta per lo studioso una difficoltà non piccola; il fiorire, accanto ai fatti accertati, di sempre nuove ipotesi e interpretazioni, spesso fra loro in contrasto — com'è proprio di ogni branca di scienza in sviluppo — rende necessarie periodiche revisioni di quanto è stato fatto e ogni tanto una messa a punto delle questioni risolte e di quelle da risolversi. La prima edizione del libro del Kämmerer, pubblicata nel 1926, rispose a questa necessità e come tale fu favorevolmente accolta, e per molti anni è stata uno dei più utili libri di consultazione per gli studiosi dell'argomento. A otto anni di distanza, esce ora la seconda edizione, che, per essere accuratamente aggiornata sulla letteratura anche recentissima e opportunamente riveduta e arricchita in base ai nuovi dati acquisiti, rappresenta un contributo prezioso a questa branca di studi.

Il Kämmerer, che sì larga messe di ricerche ha al suo attivo nel campo dell'allergia e che, colla sua concezione della diatesi allergica, ha recato un utile elemento coordinatore nella congerie di fatti e d'ipotesi sull'argomento, aveva veste e autorità per far ciò e ottimamente con questa seconda edizione del suo libro ha adempiuto il suo compito. Senza addentrarci nella disamina dei singoli interessanti capitoli, che ci porterebbe troppo lontano, ci limitiamo a riportare un elenco degli argomenti trattati, il che varrà anche a dare una

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

idea del piano dell'opera. Nella parte generale, dopo aver definito il concetto di allergia e di malattia allergica, l'A. tratta dell'anafilassi sperimentale, della diatesi allergica, dell'idiosincrasia, dei vari allergeni e delle prove diagnostiche, dell'eosinofilia, della crisi emoclasica di Widal, chiude questa prima parte un capitolo in cui viene ampiamente trattata la terapia generale delle malattie allergiche.

La seconda parte è dedicata alle malattie allergiche: sono oggetto di ampia, esauriente trattazione l'orticaria, l'asma bronchiale, la febbre da fieno e la rinite vasomotoria, l'edema angioneurotico, alcune malattie del tubo gastro-enterico di natura allergico-anafilattica, l'emicrania, l'epilessia, le tossicosi gravidiche, la porpora di Schönlein-Henoch. Sono altresì studiati i rapporti fra allergia e ricambio dell'acido urico, fra allergia e reumatismo articolare, fra allergia e altre malattie da infezione, fra allergia e malattie cutanee, fra allergia e malattie renali, malattie del cuore e dei vasi ecc.

Ogni argomento è esposto con perspicua chiarezza ed obbiettività e corredato di una documentazione bibliografica ricca e precisa, che non rappresenta certo il minor pregio del libro. Due indici, per nomi d'autori e per materie, completano il volume, cui l'accurata veste tipografica aggiunge decoro.

P. MOLINARI-TOSATTI.

G. LAMI. *La regolazione del ricambio energetico.* Vol. in-8°, di XV-349 pagg. Ed. di « Fisiologia e Medicina », Roma, 1934. L. 40.

L'opera che ci presenta G. Lami, della Clinica Medica di Pisa, dopo anni di fecondo lavoro attorno ad un problema al quale l'A. ha dedicato tanta attività portando contributi della massima importanza che non sono certo sfuggiti a quanti tra noi e all'Estero si occupano di fisiopatologia del ricambio, è veramente completa. La sicura conoscenza della materia, l'essere penetrato a fondo nell'intima natura dei fenomeni studiati, una analisi minuta attraverso paziente indagine di dati e di fatti, una costante visione sintetica che si stacca dalla nozione dell'ultimo fatterello per avere di mira una concezione più unitaria e più ampia, sono gli elementi fondamentali che danno forma alla vasta cultura dell'A. e all'indirizzo biologico e clinico dell'opera.

In una trattazione a fondo del ricambio energetico nel suo significato di problema biologico e di fattore clinico, non ci si poteva limitare, come invece in opere di questo genere anche da parte di autori stranieri di indubbio valore è stato fatto finora, ad una arida segnalazione di dati, ad un criterio cioè fondamentalmente statico, ma si doveva affrontarne lo studio che tenesse conto delle sue molteplici correlazioni e regolazioni, nel che consiste in ultima analisi l'importanza biologica e clinica di un fatto. E tale sembra essere stato lo scopo perseguito dal Lami; e dalla lettura dei densi capitoli, dalla trattazione degli elementi fondamentali del ricambio energetico alla sua regolazione neuro-umorale, alle correlazioni funzionali svariate coi sistemi di trasporto dell'organismo, alle influenze reciproche con condizioni fisiologiche e patologiche diverse, si ha chiara l'impressione che il difficile scopo è stato pienamente e brillantemente raggiunto.

La monografia del Lami apre agli studiosi ampi campi d'indagine e di meditazione, specie a quanti, col rifiorire della medicina costituzionalistica, vedono sempre più la fondamentale unità dell'organismo intesa nel suo complesso biologico, nella sua attività normale, nelle sue reazioni alle condizioni morbose.

L'opera fa onore all'Autore e alla Scuola cui egli appartiene. CHINI.

L. ROEMHELD. *Praktische Diätetik.* IVª edizione. Un vol. in-16°, di 226 pagg., rilegato. Fischers med. Buchhand., Leipzig, 1935. Prezzo RM. 6,20.

La dietetica è piuttosto trascurata dai nostri medici pratici, che si limitano per lo più a dare dei consigli vaghi e generici, spesso anche troppo unilaterali. Essa è invece della massima importanza fondamentale nel trattamento di molte malattie, in cui meglio di ogni altra prescrizione vale una dieta adatta.

Buono e molto pratico è questo libro che costituisce il rifacimento di un noto manuale di C. Pariser e che ha raggiunto in pochi anni la quarta edizione (quella precedente era del 1932).

Nella prima parte, dà le prescrizioni dietetiche secondo le diverse malattie, descrivendo minutamente i singoli pasti e dando la lista degli alimenti permessi e proibiti. Tratta così: l'ulcera gastro-duodenale, i catarri intestinali cronici, con diarree persistenti, la atonia cronica dell'intestino, la dieta per i labili nervosi ed i reumatici, quella ipo- od aclorurata, la dieta d'ingrassamento e di dimagramento, quella del diabetico.

Nella seconda parte, troviamo oltre 500 ricette ottime e ben descritte, succulento libro di cucina che a leggerlo fa venire l'acquolina in bocca. Naturalmente, non tutte le ricette potranno adattarsi ai nostri gusti sebbene sia da consigliare, anche in questo campo, un sano ecletismo. *fil.*

Lavori dell'Istituto di Clinica medica della R. Università « Benito Mussolini » in Bari, diretto dal prof. LUIGI FERRANNINI.

Molto opportunamente, il prof. L. Ferrannini viene raccogliendo in volumi i lavori suoi e della sua Scuola, che ne testimoniano la feconda e complessa attività. In questo, che è il III della serie e che comprende l'anno 1933-1934, troviamo 29 lavori, dei quali 6 dello stesso prof. L. Ferrannini, 4 del prof. S. Caccuri, 3 del dott. A. Ferrannini, 3 del dott. V. Gaudio, ecc., tutti di notevole interesse clini-

co od illustranti punti controversi di varî argomenti.

Interessante è la lezione di chiusura dell'anno scolastico, in cui lo stesso prof. L. Ferrannini illustra l'attività della sua Clinica a cui ha dato un importante indirizzo sociale, istituendo speciali sezioni per la tubercolosi, il diabete, il cancro, le malattie esotiche, le cardiopatie; soltanto per queste ultime, sono oltre 300 i malati che vengono seguìti, periodicamente visitati, consigliati ed aiutati. Lo studio puramente scientifico, le applicazioni pratiche e le attività sociali si fondono quindi in questa Clinica diretta con tanto amore e tanta sagacia. *fil.*

E. Della Seta. *Vivere sani (Consigli di un medico)*. Istituto Nazionale delle Assicurazioni, Roma, 1934-XII. Un vol. di pag. 304, in-8° picc. Prezzo: L. 10.

Pochi sono certo coloro che eventualmente sanno redigere in modo adeguato un libro di volgarizzazione medica od igienica. Invero, ciò non è compito abbastanza facile; pur tuttavia assistiamo ai nostri giorni — in cui si cerca di diffondere tra le masse le più fondamentali concezioni di eugenetica — ad una efflorescenza continua di pubblicazioni divulgative d'igiene, molte delle quali raffazzonate alla svelta, tarate di lacune o viceversa di superfluità, o scritte con elocuzione non adeguata allo scopo cui mirano. Il divulgatore, e particolarmente quando si indirizza al cosidetto ceto colto, ha duopo di usare uno stile che si renda gradito alla lettura, ed in ogni caso, vale a dire anche quando si rivolge alle persone di poca cultura, deve conoscere esattamente i rigorosi limiti entro cui deve svolgere la sua trattazione.

Abbiamo ora sott'occhio il presente volume del Della Seta. Ne abbiamo scorso le pagine cercando d'indagarvi criticamente eventuali difetti di forma e di sostanza, ma dobbiamo candidamente confessare che in tale nostra mira alquanto demolitrice non abbiamo avuto fortuna.

Il lavoro del nostro mite e valente amico sfugge abilmente alla critica, essendo dotato di qualità intrinsecamente buone per gli scopi divulgativi, e principalmente per la sua elocuzione suadentemente semplice ed egregiamente didattica. È libro che abbiamo scorso con piacere anche noi, pur abituati a continue letture « pesanti ».

I capitoli scritti dal Della Seta costituiscono un continuo richiamo, fatto con garbo ma con fermezza, affinchè l'individuo, uomo o donna, invigili con senso di opportunità e di autoresponsabilità benefiche, le proprie condizioni di salute. Questo richiamo, questo monito è continuamente inquadrato da considerazioni di medicina preventiva, individuale e sociale. L'inventario della propria salute s'impone a tutti, e specialmente agli individui che, assillati dal lavoro, sono inclini a trascurare quelle turbe nel proprio benessere che pur arrecando qualche fastidio, non ostacolano loro le abituali occupazioni.

Naturalmente molteplici sono gli argomenti svolti dall'A. sia nel campo della igiene individuale (alimentazione, vestimenta, lavoro, relazioni sessuali, abitazioni, ecc.) che della medicina preventiva (cardiopatie, tumori maligni, tubercolosi, affezioni delle vie urinarie, reumatiche, ecc.); ma due capitoli si presentano di una suggestiva efficacia pel lettore cui è destinato il libro: i cosidetti « segnali d'allarme » della salute (emicranie, emorroidi, alito cattivo, insonnia, ecc.) e la sanità della donna, a proposito della quale, il problema estetico ed il problema medico interferiscono in guisa reciproca e molteplice.

Ormai è noto come il libro del nostro Della Seta, abbia meritatamente conseguito l'onore d'un premio di notevole somma, in rispettivo concorso bandito dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni. Tegoni.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 26 gennaio 1935

Presidente: prof. S. Baglioni.

L'oftalmoscopio strumento essenziale nella semeiotica neuro-psicopatica.

Prof. O. Parisotti. — L'O. svolge soltanto la prima parte della sua comunicazione, riservando il seguito per la seduta successiva.

Il comportamento del "tasso idremico" in alcune epatopatie.

Dott. C. Costanzi. — L'O. utilizzando il metodo del residuo secco di Ivar Bang, ha ricercato in 7 epatopazienti, con ascite o con ittero, lo stato di idremia a digiuno, dopo bevuta di 1000 cc. di acqua e dopo somministrazione di cibo misto e salato, asciutto o con acqua. Ha ottenuto in tutti i casi soltanto piccole variazioni del tasso idremico, che rientrano nei limiti della normalità. Ammette pertanto l'intervento di meccanismi regolatori della distribuzione idrica, i quali, anche a fegato leso, riescono a mantenere il tasso idremico abbastanza costante.

Discussione: proff. Antonelli e Testoni.

Appendicite cronica fibroplastica simulante tumore.

Prof. V. Jura. — L'O. mette in rilievo le particolarità anatomiche alle quali sono legate l'interesse del caso, e la natura delle lesioni rinvenute all'operazione nella osservazione che illustra.

Un uomo di anni 33, con nessun precedente morboso degno di rilievo, a metà dicembre 1933 per una settimana fu colpito da dolore gravativo alla fossa iliaca D. e 38° di febbre. Dipoi saltuariamente vaga dolenzia, a volte accentuantesi, per cui dopo 2 mesi si ricoverò in clinica. Il 9 febbraio 1934 nella fossa iliaca D. presentava una tumefazione quanto un mandarino a limiti indistinti, dolente, fissa, che in circa 10 giorni diminuì di volume. Non febbre, leucocitosi 13.000. Dimesso, in 2 mesi la tumefazione subì oscilla-

zioni per quanto riguardava il volume ed il dolore persisteva. Non febbre. Il paziente ritornò in clinica per le condizioni pressochè invariate della tumefazione che da 15 giorni era ricomparsa nelle condizioni del febbraio; leucocitosi 20.000. Radiologicamente non si dimostra alcuna irregolarità morfologica del cieco. Coll'operazione il 18-4-1934 fu proceduto a resezione ileo-colica con emicolectomia destra per la presenza nella fossa iliaca D. di una tumefazione quanto un arancio, fissa nella parete posteriore. Essa era costituita da un ammasso di tessuto connettivo di proliferazione, che seppelliva l'appendice, la quale sepolta da aderenze tenaci si presentava allungata, aumentata di volume (cm. 2,5) specie nel suo terzo mediano, dove era angoiata; quivi aveva un diametro di cm. 4,5. Istologicamente il lume era obliterato per la presenza di tessuto connettivo di jalino; dei follicoli linfatici rari residui in mezzo a tessuto connettivo di proliferazione del tipo fibroplastico, che attraverso la muscolare si estendeva in proporzioni sempre maggiori alla sottosierosa ed alla sierosa. Sul tratto distale dell'appendice le lesioni, in via di progressione erano meno avanzate. La natura delle lesioni del tipo fibroplastico autorizzano a riportare il quadro della malattia tra le appendiciti croniche, quantunque all'inizio come di regola vi fossero le note dell'appendicite acuta.

Influenza del tallio sul sistema ipofiso-genitale.

Prof. P. Testoni. — L'O. ha studiato l'influenza che il tallio esercita sul peso e sul contenuto idrico dell'*ipofisi*, delle *gonadi* e delle *capsule surrenali* dei ratti bianchi anche in rapporto al sesso. Egli ha osservato che il metallo, pure influenzando in varia misura il peso ed il ricambio idrico di detti organi, non modifica sostanzialmente i rapporti fisiologicamente esistenti tra *ipofisi* e *gonadi*. Così come sono rispettate le correlazioni chimiche del sistema ipofiso-genitale, si presume lo siano anche quelle funzionali.

Sul valore clinico della pressione arteriosa media principalmente nelle arteriopatie e cardiopatie arteriose.

Prof. G. Antonelli. — L'O., sulla base di numerose osservazioni oscillografiche eseguite specialmente nelle arteriopatie e cardiopatie arteriose, durante il loro decorso ed anche in seguito allo sforzo, è indotto a ritenere che la pressione media arteriosa rappresenti un dato di grande importanza semeiologica, non soltanto considerato per se stesso, ma anche e sopratutto in rapporto alle pressioni estreme, le quali (specialmente la Mx.) possono mascherare molto del loro reale significato quando non siano integrate dallo studio della pressione media.

Quest'ultima fornisce un criterio più esatto intorno al fondamentale regime circolatorio e le sue variazioni esprimono assai meglio di quelle a cui vanno soggette le altre due, particolarmente la p. sistolica, l'evoluzione degli squilibri circolatori che fanno parte dell'insufficienza cardiaca; la sua ricerca non deve essere mai scompagnata dal rilievo delle pressioni estreme, e solo così deve entrare nel dominio dell'ordinaria semeiologia dell'apparato circolatorio; solo se messa in rapporto col comportamento delle pressioni estreme, la p. media può essere feconda di preziosi insegnamenti di ordine diagnostico e prognostico.

È da presumere che lo studio della p. media sia destinato alle più larghe applicazioni nel campo della patologia cardiovascolare e ad un crescente sviluppo dottrinale e clinico.

Discussione: proff. Baglioni e Arcangeli.

Data l'ora tarda, il Presidente sospende la seduta. *Il Segretario*: G. Amantea.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Adunanza del 24 gennaio 1935-XIII.

Presidente: Prof. F. A. Foderà.

Bilancio di un triennio di terapia delle brucellosi.

G. Di Guglielmo. — Dalla casistica oramai numerosa (circa 400 casi trattati in Cliniche e Ospedali diversi d'Italia) e dai giudizi espressi nell'ottobre u. s. in due Congressi di Medicina, a Napoli e a Roma, risulta che la vaccinoterapia endovenosa delle brucellosi è un metodo innocuo e sicuramente efficace nella quasi totalità degli ammalati, riducendosi gl'insuccessi a percentuali così basse da essere praticamente trascurabili. L'eventuale prolungamento della cura nelle forme a impronta violentemente setticemica non può considerarsi insuccesso, perchè si ottiene sempre la guarigione, mentre in casi consimili, non trattati col vaccino per via endovenosa, è frequentissimo l'esito letale.

Per quanto questo metodo di cura si sia oramai imposto, è necessario però insistere per una maggiore diffusione nella pratica privata.

Siccome il problema delle brucellosi non è soltanto terapeutico, ma anche epidemiologico e profilattico, l'O propone che si istituisca a Catania un centro per la lotta antibrucellare.

Sindrome petecchiale da setticemia diplococcica.

Prof. F. Flarer. — Illustrazione di un caso di manifestazione eruttiva a tipo petecchiale con stato generale febbrile grave in una donna. Viene isolato dal sangue un diplococco capsulato che era stato visto all'esame diretto in goccia spessa. Il diplococco si dimostra patogeno per la cavia inoculata direttamente col sangue della paziente e con la cultura del germe. Guarigione della forma in dodicesima giornata.

Brucellina e brucellosi.

Prof. A. Alessandrini. — Tra le siero-reazioni la prova della agglutinazione costituisce oggi il mezzo più pratico di diagnosi della infezione brucellare tanto nell'uomo che negli animali.

La siero-agglutinazione presenta, però, come è noto, degli inconvenienti di ordine tecnico e pratico; sicchè molti autori hanno pensato di ricorrere alle reazioni allergiche, ma che per ora non hanno dato alcun buon risultato diagnostico. Del tutto recentemente il Mirri ha affrontato brillantemente il problema mediante la sua prova allergica intrapalpebrale con un antigene da lui stesso preparato e che ha chiamato « Brucellina ».

Le ricerche eseguite dall'O. con questa prova allergica alla « Brucellina » confermano pienamente le osservazioni del Mirri e dimostrano come la reazione alla « Brucellina » rappresenti per semplicità, praticità, specificità un mezzo di diagnosi immunologica per nulla inferiore alla siero-agglutinazione.

Il Segretario: Prof. G. Di Macco.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Affezioni articolari neuropatogene.

Bergmann (*Dtsch. z. Chir.*, 243-3-1934) rileva che affezioni osteoarticolari sulla base di una neuropatia erano note sin dai tempi di Charcot; fu Mitchell, nel 1831, ad attirare l'attenzione su tali forme. Malgrado i numerosissimi studi accomulatisi da allora sull'argomento, non si è arrivati però ad un completo accordo sulla natura ultima della affezione. Su un punto sono tutti d'accordo, e cioè che non si tratti di una affezione specifica locale ma di origine neurogena. L'accordo però cessa allorchè si tratta di definire più da vicino il tipo della affezione. Secondo Charcot si tratta di forma distrofica. Secondo Virchow di lesioni su base osteoartritica di origine meccanica. Tale opinione prevalse nettamente sulla prima. Essa si basava specialmente sulla verosimiglianza del meccanismo patogenetico. Le lesioni sarebbero dovute al gravamento eccessivo dell'articolazione nella tabe a causa della atassia e della insensibilità locale.

L'A. crede però sulla base della sua esperienza di dovere tornare alla teoria piuttosto abbandonata da Charcot sulla base degli argomenti seguenti:

1) La *osteoartritis deformans* non presenta le alterazioni atrofiche che invece presenta specialmente nelle forme atrofiche l'osteoartrite neuropatica.

2) Le alterazioni intervengono anche in malati giacenti in letto.

3) L'osteopatia neuropatica non sopravviene che in casi rarissimi nel corso della sclerosi a placche in cui si ha anche atassia ed ipoestesia.

Clinicamente le forme di artropatia neurogena, sono ben note e non occorre parlarne trattandosi di quadri classici.

Si notano differenze fra forme di origine tabica e di origine siringomielitica. Le forme tabiche sono localizzate generalmente agli arti inferiori mentre quelle sinringo-mielitiche agli arti superiori. Le forme tabiche sono spesso bilaterali e quelle siringomielitiche unilaterali. Nella tabe la frequenza di complicazioni articolari è del 5 % circa. Nella siringomielia del 10-20 % circa.

La *terapia* va direttta da una parte alla affezione basale (terapia specifica e malarizzante nella tabe, terapia chirurgica nella siringomielia).

L'A. afferma di avere avuto inoltre vantaggi notevoli con apparecchi tendenti ad alleggerire l'articolazione. Però malgrado ciò il decorso della malattia sembra piuttosto seguire la linea delle remissioni e aggravamenti spontanei che le sono propri piuttosto che l'influsso di questo o di quell'intervento.

ALDO CALÒ.

Il trattamento dell'artrite cronica.

R. L. Cecil (*Journ. amer. med. assoc.*, 24 nov. 1934) considera in modo speciale i casi recenti e di modica gravità. Trattasi, per lo più, di adulti giovani e la malattia è nelle sue prime fasi, le articolazioni sono ancora poco o punto alterate. I sintomi sono lievi ed il decorso lento. Vi sono delle dita fusiformi, vi è dolenzia al polso e rigonfiamento e dolore alle ginocchia od alle caviglie. La diagnosi è basata sul quadro clinico, sull'accelerazione della velocità di sedimentazione delle emazie ed un lieve aumento di cellule immature nel sangue. Nel 60-70 % dei casi, vi sono nel sangue delle agglutinine specifiche per lo *Str. hemolyticus*.

Di grande importanza è l'allontanare i *focolai d'infezione*: anzitutto le tonsille, nei pazienti sotto i 50 anni; si tenga però presente che se la tonsillectomia è fatta da un operatore poco pratico può portare una esacerbazione. L'estrazione dei denti infetti si farà soltanto in presenza di evidente infezione periapicale. L'eventuale intervento sui seni va deciso dallo specialista.

Di grande efficacia è il *riposo* e sarebbe consigliabile che il paziente ai primi sintomi si prendesse un riposo di 6-12 mesi. Naturalmente questo non potrà farsi che in casi eccezionali; ma il paziente dovrebbe almeno stare in letto ogni giorno per un paio d'ore dopo la colazione di mezzogiorno.

Non va trascurata la *cura vaccinica*, con uno stok-vaccino di streptococco, da farsi preferibilmente per via endovenosa, incominciando con 50.000 germi ed aumentando gradatamente fino a raggiungere i 100 milioni; l'iniezione si ripete ogni 4-5 giorni e si deve stare molto attenti alle dosi, sotto pena di vedere un'esacerbazione anche grave. Eventualmente, si faranno le iniezioni sottocutanee, a dosi più forti. La cura va continuata almeno per 3-4 mesi.

Scarsa importanza hanno i *medicamenti*, di cui si userà particolarmente il ferro (citrato ammoniacale) per combattere l'anemia secondaria e l'arsenico. Poca efficacia hanno i preparati di solfo e di jodio. Gli autori francesi vantano la crisoterapia.

La *dieta* dovrà avere un basso contenuto di carboidrati e uno elevato di vitamine (A, dell'olio di fegato di merluzzo concentrato: B, del lievito di birra; C, del succo di arancio o di pomodoro; D, in forma di viosterol).

Si curerà molto *l'eliminazione intestinale*, somministrando l'olio di paraffina od altri lassativi ed eventualmente le irrigazioni del colon.

Molto importanti sono anche i *bagni*, da farsi a 40°, per 30-45 minuti, tenendo eventualmente un panno bagnato fresco sulla testa; all'uscita, si farà una spugnatura con

acqua fresca ed alcool ed il paziente andrà a letto.

Non sempre efficace è la *terapia fisica;* alcuni pazienti si sentono meglio con le applicazioni calde; in altri, con la diatermia od i raggi infrarossi, si hanno esacerbazioni.

Come *clima*, sono consigliabili quelli a minime variazioni barometriche; molto utile è sempre l'elioterapia.

Anche la *psicoterapia* può dare vantaggi; sopratutto, sarà necessario far comprendere al paziente la gravità del suo male che, se non curato, può portare a disturbi e deformazioni gravi.

Nei *casi attivi febbrili*, è consigliabile la piretoterapia, con vaccini (6-7 iniezioni di quello antitifico) o con proteine estranee.

Nei *casi cronici, stabilizzati*, sono da prendersi in considerazione le cure ortopediche ed in quelli costretti a letto, non vi è nulla da fare se non diminuire i disturbi del paziente.

fil.

L'infiltrazione novocainica nei traumatismi articolari.

Qualche anno fa, Lériche aveva prospettato l'importanza della innervazione sensitiva articolare nel campo della fisio-patologia delle articolazioni, riuscendo — mediante infiltrazione di novocaina — a dissociare i fatti puramente funzionali da quelli anatomici e rilevando, in genere, la scarsa importanza di questi ultimi, per cui si ha spesso rapida guarigione.

G. Mangione e R. G. Bugliani (*Minerva med.*, 22 dic. 1934) hanno applicato il metodo a numerosi casi di distorsione e contusione articolare, nonchè di lussazioni, ottenendone effetti rapidi ed eccellenti.

Con le consuete cautele (trattamento della cute con tintura di jodio, aspirare prima di iniettare) si pratica — mediante una siringa Record ed aghi da novocaina — l'infiltrazione con una soluzione di novocaina all'1 %, nei tessuti periarticolari a ridosso della capsula e specialmente all'intorno dei tendini e dei legamenti. Bastano in genere 10-30 cmc., ma si può anche arrivare a 40-60 (raramente).

I disturbi (specialmente il dolore) scompaiono anche immediatamente: in seguito si ha talvolta una ripresa dei dolori, che si può combattere con l'iniezione di morfina.

Il metodo è utile perchè permette la mobilizzazione precoce — attiva e passiva — dell'articolazione: ad ogni modo, per l'arto inferiore si andrà guardinghi prima di permettere il cammino ed occorrerà sempre qualche giorno di letto.

Nei casi riferiti dagli AA., sono state sempre sufficienti 1-2 infiltrazioni. *fil.*

Le resezioni delle articolazioni.

A. Catterina Junior (*La Chirurg. Org. di Mov.*, vol. XX, 1934) fa dapprima dei cenni storici in cui porta a conoscenza come i primi tentativi di resezioni articolari furono eseguite da M. A. Severino, dall'Argillata, e del Larghi di Vercelli, il quale ultimo fu il primo a riconoscere al periostio funzione osteogenetica, acquistando poi tanta fama da spingere il grande Ollier a scendere in quella piccola cittadina italiana per conoscerlo.

Quindi tratta i concetti fondamentali sulla tecnica delle resezioni articolari, ed in base a questi, parlando di tali interventi nelle varie articolazioni (spalla, gomito, polso, anca, ginocchio, piede) discute con senso critico e con basi anatomiche e cliniche i varî metodi proposti ed adoperati dai varî AA. facendo rilevare come la tecnica del Catterina proposta per le articolazioni su nominate, e specie per la resezione del polso e del piede, è in genere consigliabile perchè soddisfa ai requisiti teorici sulle resezioni articolari, e merita maggiore diffusione ed impiego. I varî metodi sono esposti per esteso nei successivi tempi e bene illustrati. R. GRASSO.

La riduzione delle lussazioni della spalla.

R. Bonneau (*Journal des praticiens*, 16 febbraio 1935) adopera da circa trenta anni un metodo di riduzione delle lussazioni della spalla che egli raccomanda ai colleghi per i brillanti risultati che con esso si possono ottenere.

Il paziente è comodamente adagiato su di una sedia ed un aiuto in piedi dietro di lui immobilizza i due emicingoli scapolari appoggiando fortemente le sue mani sulle spalle. Il chirurgo sta seduto dinanzi su di una sedia un po' più bassa. La mano destra dell'operatore penetra nel fondo dell'ascella e le sue dita vanno dietro il grande pettorale ad uncinare la testa dell'omero. La mano sinistra afferra saldamente il gomito (l'avambraccio del paziente è flesso ad angolo retto) e lo porta sul torace sulla stessa verticale dell'ascella. Infine il chirurgo pone la propria testa all'indentro del polso del malato e con uno spostamento del capo verso la sinistra fa ruotare il polso e l'avambraccio in fuori intorno all'asse del braccio mantenuto verticale. Dolcemente e lentamente le due mani ed il capo del chirurgo lavorano per cinque a dieci minuti sincronicamente. La mano destra che sta nell'ascella sente la testa dell'omero disincastrarsi ed allontanarsi dal tronco e poi con un leggero sbalzo tornare al suo posto.

VICENTINI.

Cisti idatidea neoplastiforme del femore. Morte da choc anafilattico.

L'echinococcosi ossea si manifesta quasi sempre nella forma multiloculare per sviluppo esogeno delle vescicole figlie da quella madre. Così pure nel caso di B. Ansart (*Jorn. de Méd.*, 20 nov. 1934), in cui però, contrariamente al solito, si era avuta tale una reazio-

ne periostale da essere simulata una forma neoplastica.

Il reperto operatorio fu appunto che la tumefazione aveva un buon guscio osseo e, all'interno, cavità cistiche, di volume variabile, alcune con pareti regolari, rivestite di cuticola, altre con pareti anfrattuose, a contenuto puriforme, accanto a zone di necrosi ossea.

Era appena finita l'ablazione della massa che si verificò abbassamento della pressione, polso filiforme, sudore freddo, midriasi, sintomi coi quali l'inferma venne a morte a tre ore dall'intervento. Morte dovuta, secondo l'A., a choc anafilattico per penetrazione del liquido idatideo nel sangue.

In tal senso — e cioè morte da choc anafilattico da cisti idatidea delle ossa — il caso sarebbe unico. BASSO.

Un nuovo trattamento dell'osteomielite cronica.

M. A. Stewart (*Surg. gynec. a obst.*, febbraio 1934) raccomanda il metodo seguente. Lavatura della ferita con una soluzione acquosa di acido picrico a 1/400 con l'8 % di glicerina; poi polverizzazione, nella ferita stessa, di una sospensione acquosa di carbonato di calcio a 1/10.

Le medicazioni si fanno, dapprima, ogni giorno; dopo 8-15 giorni, basta farle 3 volte la settimana.

Si otterrebbero, con tale metodo, risultati analoghi a quelli che si hanno con le larve di mosca, senza averne gli inconvenienti.

Nel caso che esistano delle placche di necrosi alla superficie della ferita, si applica una soluzione acquosa di tiofenol a 1/10.

fil.

L'olio di fegato di merluzzo nel trattamento della osteomielite.

W. Löhr (*Arch. f. klin. Chir* e *Journ. amer. med. assoc.*, 22 dic. 1934) riporta 24 casi di osteomielite delle ossa lunghe trattati con olio di fegato di merluzzo in applicazioni locali. Il campo operatorio viene reso esa... si pratica un'incisione lunga nelle parti molli; raramente è necessario trapanare l'osso. La ferita viene riempita con olio di fegato di merluzzo e la incisione cutanea viene lassamente suturata con qualche punto di sutura. Si applica poi un gesso circolare. Nei giorni seguenti, si ha una profusa eliminazione di un'emulsione di pus ed olio.

Il comportamento della ferita si giudica essenzialmente dalla curva della temperatura, dall'aspetto della lingua, dall'appetito e dal sonno. Alla fine della seconda o terza settimana, si asporta l'apparecchio ed una radiografia indicherà l'estensione del processo patologico. In tale stadio, il paziente viene sottoposto ad un secondo atto operativo per l'asportazione del sequestro e la riempitura della cavità ossea con olio di fegato di merluzzo. In molti casi la seconda operazione può essere risparmiata.

Dei 24 casi dell'A., 6 erano del tipo di tale gravità che ogni trattamento locale si rendeva inutile e finirono con la morte. Negli altri 18, la temperatura scese rapidamente in 17; in uno rimase elevata e si abbassò soltanto dopo la seconda operazione. Tutti vennero dimessi dall'ospedale guariti. La convalescenza fu facile e senza dolore.

L'A. ritiene che, con questo metodo, un'elevata percentuale di casi di osteomielite acuta può guarire senza passare allo stato cronico. In quest'ultimo caso, il trattamento differisce soltanto per una più radicale asportazione dell'osso interessato; la cavità che ne risulta, talora enorme, viene riempita con olio di fegato e si applica poi l'apparecchio.

Il principio su cui si basa il metodo è quello di non disturbare i tessuti, abbandonando quindi i disinfettanti, i drenaggi, le garze e le frequenti medicature. Dei 26 pazienti con osteomielite cronica, uno morì per embolismo, 3 non guarirono e 22 invece guarirono completamente e vennero dimessi senza fistole.

fil.

Rottura del capo lungo del bicipite brachiale.

Gilcreest (*Surg. Gyn. Obst.*, 1934) riporta una trentina di casi di rottura o lacerazione parziale del capo lungo del bicipite del braccio.

Il capo lungo è assai più di frequente colpito da lesioni di tal genere che non il capo breve. Il punto più esposto è dove il tendine si innesta nei fasci muscolari. Ma anche in prossimità dell'inserzione tendinea la rottura non è rara e infine possono essere interessate anche le fibre muscolari. La diagnosi si può basare sui dati locali e in special modo sulla tumefazione, un solco che separa i due tratti del muscolo e del tendine, l'ecchimosi, la sensazione del tendine retratto e costituente una piccola tumefazione solida; la minorata funzione corrispondente alla scarsa potenzialità del muscolo, ecc.

La terapia migliore è quella di inserire il tendine sul capo breve del bicipite con una robusta sutura. V. GHIRON.

MEDICINA SCIENTIFICA.

La reazione del glicogene nei protozoi.

A. Giovannola (*Archiv für Protistenkunde*, v. 83, n. 2, 1934) ha applicato due prove del glicogene, di Best e di Bauer, a varî protozoi patogeni (dei generi *Eimeria*, *Monocistis*, *Gregarina*, e *Trichomonas*) e liberi (rizopodi). È risultato che non v'è concordanza tra le due reazioni. L'A. interpreta la divergenza ammettendo che la reazione di Best riveli, effettivamente, il glicogene, mentre quella di Bauer metterebbe in evidenza un polisaccaride più elevato: può dare esito negativo in

presenza di un polisaccaride facilmente solubile.

La reazione di Bauer, indaginosa e costosa, è di data recente (1933) e perciò poco nota; stimiamo utile di descriverla. Il materiale (strisci su vetrini o sezioni) viene fissato con liquido di Carnoy, poi rivestito di un sottile strato di celloidina, per evitare che il glicogene o altri polisaccaridi solubili siano asportati; si passa il preparato in soluzione acquosa di acido cromico al 4 %, per un'ora, nell'oscurità; si lava in acqua corrente; si tratta per 30' con acido solfofucsinico (reattivo di Wermel); si lava con acqua contenente andride solforosa; poi ancora con acqua corrente; infine si colora con ematossilina di Delafield (la stessa usata per la reazione di Best).

A. Pozzi.

IGIENE.

Sulla innocuità delle stoviglie di alluminio.

Le stoviglie di alluminio sono state accusate o sospettate più volte di cagionare gravi danni e in particolare di favorire lo sviluppo del cancro.

M. Talenti, il quale si era già occupato della questione, l'ha ripresa ora in un breve articolo (*Igea*, allegato agli *Annali d'Igiene*, n. 1, 1935) ove egli reca dei fatti molto significativi a sostegno dell'assoluta innocuità dell'alluminio. Risulta, ad es., da ricerche sperimentali di Osborne e Mendel e di Litchel e Schmidt, che gli animali ai quali veniva somministrata una dieta artificialmente arricchita di sali di alluminio, anche in quantità notevoli, hanno dimostrato un migliore sviluppo corporeo ed una più soddisfacente riproduzione, che gli animali di controllo. Ancora più notevoli sono le ricerche di Bertrand e Serbescu, i quali hanno studiato l'influenza dell'ingestione quotidiana di solfato d'alluminio sulla cancerizzazione artificiale del coniglio per mezzo del catrame: gli animali che ricevevano l'alluminio hanno resistito alla cancerizzazione meglio dei controlli.

Alcune ricerche sulla presunta azione cancerizzante dell'alluminio erano state definite dall'A. come antiscientifiche; in seguito Levent esprimeva un'opinione in tutto simile. Si tratta di ricerche condotte senza metodo e interpretate arbitrariamente.

Si è più volte rilevato che l'incremento nell'uso delle stoviglie di cucina in alluminio, ha coinciso con l'incremento del cancro, e si è voluto vedere tra i due fatti un legame causale; ma, dice Ledent, si è prodotto anche un aumento nel consumo delle banane o nell'uso dell'automobile (e, si potrebbe aggiungere, nelle tassazioni...). Le coincidenze non bastano evidentemente a stabilire rapporti di causalità.

Tutto considerato, è presumibile che non si debba più parlare del cancro come dovuto all'alluminio.

A. P.

POSTA DEGLI ABBONATI

Sulla terapia delle verruche. — Al dott. M. C. da G.:

La cura delle verruche, dure o volgari o papillomatose (*porri*), e di quelle piane o giovanili, è essenzialmente locale (radium-terapia, radioterapia, crio-terapia, asportazione chirurgica, termo-cauterio: applicazione di sostanze chimiche come acido nitrico, acido fenico, bisolfito di sodio, cerotto all'acido salicilico ecc.); le iniezioni intramuscolari di salicilato di bismuto che, secondo qualche A., farebbero guarire in breve tempo ed in modo completo queste piccole neo-formazioni, si sono invece dimostrate del tutto inefficaci.

È noto che asportando da un gruppo di verruche quella più grande, anche le altre possono rapidamente scomparire. In quelle piane o giovanili l'irradiazione di pochi elementi può fare regredire i restanti.

Ciò che è meno noto, e che è riferito da AA. degni di fede, si è che le verruche possano guarire anche con soli mezzi di suggestione indiretta, p. e. facendo girare un pantostato a vuoto (Bloch) o iniettando sotto cute delle sostanze innocue (soluzione fisiologica p. e.) che si faccia credere al malato di sicura efficacia. Grumach ha curato 18 infermi praticando loro una volta per settimana una iniezione di ½-1 cm^3 di soluzione fisiologica nell'avambraccio corrispondente al lato ove esistevano le verruche. Egli aveva cura di avvisare i malati che l'iniezione avrebbe provocato vivi dolori in corrispondenza delle manifestazioni le quali poi avrebbero cominciato a regredire. Tutti i soggetti avvertirono le sensazioni preannunziate ed in uno di essi in modo così intenso da impedire il lavoro per parecchi giorni. Dei 18 infermi così curati, 16 videro sparire completamente le verruche in poche settimane.

V. Montesano.

VARIA

Beniamino Rush.

Si è pubblicata la prima biografia di questo eminente medico degli Stati Uniti (*), il quale svolse la maggior parte della sua attività alla fine del secolo XVIII. Va ricordato perchè fu tra i primi a riconoscere i rapporti tra le infezioni dentali e le artriti e perchè introdusse negli Stati Uniti l'inoculazione antivaiolosa alla Sutton; non appena fu nota la vaccinazione jenneriana, egli ne divenne difensore. Ebbe a compiere interessanti osservazioni sulla febbre gialla, sulla dengua e su altre malattie. Fu anche sociologo e filantropo; si adoperò a far abolire la schiavitù e la pena di morte. Fondò il primo dispensario medico gratuito. Fu direttore generale della sanità militare e ministro del tesoro.

(*) Nathan G. Goodman. « *Benjamin Rush: Phisician and Citizen, 1745-1813* ». University of Pennsylvania Press, 1934.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

In sede di bilancio.

Si è discusso alla Camera dei Deputati il bilancio del Ministero dell'Interno, su relazione dell'on. Bruni.

Per quanto riguarda l'attività igienico-sanitaria, l'on. Chiurco, rilevando le osservazioni che sono state fatte a proposito della libera docenza, osserva che si dovrebbe evitare che i bandi di concorso di taluni ospedali facciano espressa richiesta di questo titolo. Vorrebbe che senza vietare che si fumi nei cinematografi si imponesse nei medesimi una maggiore e più frequente aerazione.

L'on. Castellino premette che dalla relazione Bruni si desume con quanta larghezza il Regime fascista provveda al miglioramento della razza attraverso l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia. La maggior parte delle disponibilità viene erogata per la tutela della maternità, tutela che sarà certo maggiormente intensa quando in ogni centro saranno sorte case di maternità.

Nel campo della assistenza dei fanciulli ritiene opportuno provvedere anzitutto alla ruralizzazione degli istituti di ricovero, in modo che i bimbi fin dalla prima età si avvezzino a godere la vita dei campi e ad essa si affezionino, correggendo così quella mentalità urbanistica che oggi purtroppo predomina. Ciò aiuterà anche a risolvere il problema della tubercolosi infantile il quale finora non ha avuto quelle cure che invece hanno potentemente contribuito a potenziare la lotta contro la tubercolosi degli adulti.

Intrattenendosi dei minorenni traviati e delinquenti, rileva che provvedimenti di varia natura possono esser presi, pur senza giungere agli eccessi di quelli adottati in Russia, in Danimarca, ed ora anche in Germania, ove si attua la sterilizzazione. L'Italia dovrà porsi anche in questo campo all'avanguardia del progresso civile riaffermando il culto della famiglia.

* * *

In un ampio e documentato discorso, il sottosegretario di Stato on. Buffarini-Guidi, per quanto riguarda la politica sanitaria del Regime, assicura che la Direzione generale della sanità pubblica adempie con zelo i doveri inerenti alle sue molteplici funzioni, sì che i servizi relativi procedono con ogni regolarità. Alcuni di essi, tenendo conto della sempre più vasta e profonda opera di tutela della sanità fisica del popolo, voluta dal Regime, attendono un ulteriore perfezionamento, che è reso peraltro difficoltoso dalle modeste disponibilità dei fondi assegnati in bilancio.

È opportuno che la Camera ricordi che il fondo complessivamente stanziato sul bilancio dell'interno per il funzionamento di tali servizi è di lire 24.376.225, ivi compresi i fondi per la gestione del nuovo Istituto di sanità pubblica. Il relatore ha auspicato in un avvenire non remoto una nuova legge di sanità che sia il prodotto integrale del pensiero fascista, pure elogiando il nuovo testo unico delle leggi sanitarie. Deve dichiarare all'on. Bruni che il testo unico risponde perfettamente ai criteri per i quali venne emanato e che lo stesso relatore riconosce.

Una importante norma contenuta nel testo unico ha richiamata in vario senso l'attenzione dei sanitari e delle loro organizzazioni sindacali: quella dell'art. 68 che stabilisce quale limite massimo per l'ammissione ai concorsi per le condotte sanitarie l'età di 32 anni. Si è sostenuto da alcuni che il limite di 32 anni sia troppo basso: è sua convinzione che oggi i giovani possono considerarsi preparati anche prima del termine stabilito dal Testo unico.

Ritenendo infatti che la media età per il conseguimento della laurea medica sia quella di anni 25, rimangono ben sette anni durante i quali il laureato ha il tempo sufficiente per provvedere alla sua preparazione spirituale ed al suo perfezionamento tecnico.

Bisogna evitare che ai giovani, i quali abbiano la passione e la preparazione per l'esercizio della condotta medica, sia preclusa la strada, come è avvenuto per lo passato, da uomini maturi, carichi di titoli più o meno accademici, che si decidono soltanto nel tardo meriggio della loro vita a intraprendere una professione per la quale non sentirono mai la vocazione, e che rappresenta spesso, per loro, solo una momentanea sistemazione economica.

Il Fascismo cerca così di rendere sempre più adeguata alle necessità e ai compiti del momento la funzione dei medici condotti che, vigili ed attive scolte dalla sanità pubblica nei 7328 comuni del Regno, esercitano un'alta missione di assistenza sociale, che li rende degni della gratitudine della Nazione.

Circa l'asserita obbligatorietà della libera docenza come titolo per l'ammissione ai concorsi sanitari ospitalieri, assicura l'on. Chiurco che non solo l'Amministrazione dell'interno segue un indirizzo generale opposto a quello che egli condannava, ma anche nel settore specifico dei concorsi per medici ospitalieri, le direzioni degli enti non hanno, in genere, mai richiesto come necessario il titolo di libero docente. Certo che nell'esame dei titoli, quello della libera docenza, quando esiste, non può non essere valutato, come un elemento preferenziale.

In attesa del regolamento generale sanitario che è in via di elaborazione è stato necessario promulgare regolamenti speciali per la disciplina degli impianti di radioscopia e radioterapia, ed il regolamento per l'applicazione delle nuove norme legislative dirette a diminuire le cause della malaria.

È altresì, prossimo ad essere emanato il regolamento legislativo per la disciplina giuridica dell'esercizio delle professioni sanitarie sulla base

della soppressione degli ordini professionali e del passaggio delle relative attribuzioni ai sindacati di categoria. Sono, inoltre, prossime ad essere emanate le norme per la effettuazione dei concorsi sanitari nei comuni e nelle provincie.

Nello scorso anno le condizioni sanitarie del Regno sono state soddisfacenti. L'azione di vigilanza da parte della sanità pubblica si è mantenuta intensa. Non si ebbero importanti diffusioni epidemiche, e le manifestazioni di speciale rilievo, sviluppatesi in qualche località, furono ben contenute, limitate e soffocate dai tempestivi interventi profilattici. Non si è manifestato nessun caso di malattie esotiche; mentre le comuni malattie esantematiche hanno avuto in complesso un andamento non difforme dagli anni precedenti.

La lotta contro la malaria procede con sempre rinnovata energia. La redenzione quasi completa dell'Agro Pontino dal morbo che infieriva da secoli, sta a documentare in maniera irrefutabile quali eccezionali risultati siano stati raggiunti in questo settore.

La lotta contro la tubercolosi va intensificandosi e completandosi secondo le direttive fissate dal Governo fascista nelle leggi istitutive dei Consorzi provinciali antitubercolari e dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi. L'opera di questi organismi ha dato risultati sempre più confortanti. L'indice preciso è costituito dalla sensibile riduzione della mortalità: che in dieci anni è diminuita di oltre il 50 per cento.

Per ottenere questi risultati l'Italia fascista ha speso nel quinquennio 1929-1933 un miliardo e 645 milioni.

Queste cifre dimostrano quanto profondamente umana sia la battaglia antitubercolare, per combattere la quale il Fascismo ha fatto appello a tutto il popolo italiano e a tutte le forze morali della Nazione.

All'on. Castellino che ha lamentata una troppo sensibile sproporzione fra i mezzi adoperati per la lotta contro la tubercolosi negli adulti e quelli messi in atto per prevenire e combattere la tubercolosi infantile, osserva che, compatibilmente con le disponibilità finanziarie, in questi ultimi anni è stato dato un notevole impulso all'assistenza dell'infanzia predisposta o ammalata, accolta e curata nei preventori, nelle colonie permanenti, negli ospizi marini e nelle scuole speciali all'aperto.

Può ad ogni modo assicurare la Camera fascista che è intendimento del Ministero dell'interno procedere con azione sempre più pressante, nello sviluppo di un programma che investe in pieno la sanità fisica delle nuove generazioni.

La lotta contro i tumori maligni è continuata anche quest'anno con deciso indirizzo, ma purtroppo i risultati sono tutt'altro che soddisfacenti. Dai dati preliminari non ancora definitivi si rileva infatti che il numero dei decessi nel 1933 supera di molto i 30.000.

La popolazione residente nel Regno ha raggiunto al 31 dicembre 1934 i 43.096.000 abitanti; essa è in aumento rispetto al 1933 di 407.000 unità. Questo sviluppo numerico della popolazione è peraltro dovuto, per la massima parte, alla progressiva diminuzione della mortalità generale, il cui quoziente è disceso a 13.1 nel 1934, cifra che è la più bassa sin qui registrata per il Regno, e che può stare a confronto con le quote più basse presentate dalle Nazioni più socialmente progredite d'Europa.

Nei riguardi della natalità, il numero dei nati-vivi nell'anno 1934 è stato di 983.156, inferiore cioè di 3696 a quello dell'anno 1933, per modo che, ragguagliato alla popolazione, offre un quoziente di 23,2 per mille abitanti, ancora più basso del quoziente di 23,5, riferibile al precedente anno 1933.

Il numero dei matrimoni celebrati nell'anno 1934 è stato di 309.141, superiore cioè di 23.905 a quello del precedente anno 1933. Ciò dimostra che la discesa della natalità non dipende da una contemporanea diminuzione della nuzialità, ma è dovuta ad una effettiva diminuzione della vitalità e della potenzialità della razza.

La fecondità generale, considerando il numero delle nascite su mille donne, dai 15 ai 44 anni, è diminuita nell'ultimo dodicennio da 139 a 110,2. Più forte ancora, per lo stesso periodo, risulta la diminuzione della fecondità delle coppie legittime che, su mille donne coniugate dai 15 ai 44 anni, è scesa da 273,1 a 208.

Nei riguardi della mortalità infantile durante il primo anno di età, si deve tenere presente che nel trienio 1920-22 sopra 1000 nati-vivi morivano, in media annuale, 127,4 bambini. Nel triennio 1931-33 questa mortalità si è abbassata al tasso di 111,7 per mille nati-vivi con un guadagno di quasi 16 unità. Su questo problema, che investe la saldezza e l'avvenire della Nazione, la tutela dell'infanzia si afferma sempre più come una delle finalità fondamentali del Governo fascista che intende, con ogni mezzo, raggiungere un ulteriore e più sensibile abbassamento della quota della mortalità infantile.

Circa l'andamento della natalità, occorre osservare che il suo quoziente presenta, nei vari compartimenti del Regno, assai notevoli differenze nella sua entità.

Le cifre confermano che la denatalità è attributo delle grandi città, eccettuata, fin qui, Roma, e delle provincie fortemente industrializzate; mentre essa si presenta, invece, assai meno accentuata nei comuni meno popolosi e nelle provincie a tipo prevalentemente rurale, ove la compagine della famiglia è più salda e moralmente sana.

Altro problema di natura sanitaria e demografica che interessa vivamente il Ministero dell'Interno e che sarà al più presto risoluto è quello che riguarda una più larga protezione della maternità con l'assicurare alle partorienti le dovute cautele igieniche e l'idonea assistenza ostetrica in tutti i comuni del Regno, anche minori, e nelle frazioni di essi.

In attesa di un organico provvedimento legislativo già predisposto, e approvato dal Capo del Go-

verno, tendente a stabilire una migliore e più rigorosa disciplina del servizio ostetrico, il Ministero ha emanato istruzioni ai Prefetti, perchè sia migliorata l'assistenza ostetrica, sia attuato, nel modo più largo, il ricovero in reparti ostetrici nei casi di necessità; ed alle partorienti povere siano forniti a domicilio pacchi ostetrici per garantire che il parto si svolga, per quanto è possibile, nelle più favorevoli condizioni igieniche.

Cronaca del movimento professionale.

Prescrizione di stupefacenti.

Il « Notiziario Farmaceutico » pubblica sotto questo titolo che un Vice Medico Provinciale, accompagnato dal Chimico del Laboratorio di Sanità, dopo avere minutamente esaminate le ricette di cinque farmacie di una importante città del Piemonte (e lo stesso sarebbe avvenuto se avessero visitato altre farmacie), ha denunciato i 5 titolari e i 5 collaboratori al Pretore, perchè le ricette riscontrate non erano state compilate esattamente in base alle prescrizioni dell'art. 9 (ora art. 154 del T. U. delle leggi sanitarie 27 luglio 1934, n. 1265) della legge 15 gennaio 1934, n. 151. Il Pretore ha ingiunto, con un suo decreto di condanna penale ai 10 farmacisti, di pagare cadauno L. 2000.

Pare — aggiunge il giornale — che gli interessati abbiano fatto opposizione; comunque, sappiamo che, si faccia o non il processo, l'incolpazione sarà estesa a tutti i 26 medici che hanno scritto irregolarmente le ricette, giacchè il giudice, nell'esame di un reato, non può ignorare i colpevoli; e tutti, chiunque essi siano, debbono essere chiamati a rispondere sul banco degli accusati: la prima colpa, se c'è, risale al medico.

Stiano intanto attenti i farmacisti e così pure i medici e si affrettino a controllare la giacenza delle ricette stupefacenti. Occhi aperti — dice ancora il giornale — e respingere inesorabilmente le ricette con stupefacenti non scritte con pieno rispetto alle minute norme di legge. Dosi in tutte lettere, modo di somministrazione ecc.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Direttore della Sezione dispensariale di Osimo. Proroga a data da stabilire.

ASCOLI PICENO. *Congregaz. di Carità.* — Chirurgo primario dell'Ospedale C. e G. Mazzoni; L. 9000 non decurtabili per effetto dei decreti in vigore, al lordo delle ritenute di legge e delle quote d'iscrizione alla C. N. M. C.; 50 % sulle prestazioni; titoli ed eventualm. esami. Scad ore 18 del 30 marzo. Tassa L. 50,10. Età limite 45 a. al 28 feb. Chiedere copia del bando.

BARI. *Consorzio Prov. Antitubercolare « Vitt. Em. III ».* — Direttore e aiuto del Preventorio « Eduardo Germano » di Molfetta; stipendi lire 14.000 e L. 12.000; indenn. serv. att. L. 4000 e L. 2500; assegno fisso L. 2000 spese di viaggio; rispett. 3 trienni e 4 quinquenni dec.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10. Scad. ore 12 del 31 marzo. Per le altre condizioni chiedere annunzio alla Segreteria del Consorzio, via Dante Alighieri 42.

BRESCIA. *Amministraz. Prov.* — Secondo medico primario dell'Ospedale Psichiatrico; stip. L. 16.000 e supplem. serv. att. L. 4300, c.-v., alloggio, due quadrienni di L. 800 e di L. 1000; età limite 35 a.; tassa L. 30. Scad 15 aprile.

CANOSA DI PUGLIA (*Bari*). *Ospedale « Caduti in Guerra ».* — Scad. 10 aprile; chirurgo primario; titoli ed esami. Rivolgersi alla Congregaz. di Carità.

CASTEL S. PIETRO DELL'EMILIA (*Bologna*). *Congregazione di Carità.* — Scad. 31 mar.; medico-chirurgo assistente nell'Ospedale-Ricovero. Rivolgersi alla Segreteria.

CATANZARO. *Ospedale Civile.* — N. 5 posti di Medico Assistente. Concorso per esami con scadenza 30 marzo. Medaglie di presenza L. 40. Vitto e alloggio per il servizio di guardia notturna. Compartecipazione del 20 per cento sui proventi delle operazioni di chirurgia. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria.

CHIETI. *Congregaz. di Carità.* — A ore 13 del 20 apr., chirurgo aiuto e chirurgo assistente nell'Ospedale Civile della SS. Annunziata; tassa lire 50,10; documenti a 3 mesi; stipendio annuo lire 1772,30; c.-v. L. 332,40; proventi sulle operazioni; il tutto ridotto delle aliquote come per legge e del contributo personale all'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale; nomine e conferma quadriennali; servizio entro 15 giorni. Chiedere avviso.

CREMONA. *Istituti Ospitalieri.* — Scad. 10 apr.; due chirurghi aggiunti presso gli Ospedali Maggiore ed Ugolani Dati; L. 8000 e c.-v.; quinquenni; età limite 35 a.; tre anni di pratica in Clinica chirurgica o grande Ospedale.

LECCE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare di Terra d'Otranto.* — Con avviso dell'8 marzo il Presidente informa che il bando di concorso pel posto di Direttore del Consorzio - Direttore del Dispensario Provinciale Antitubercolare, pubblicato in data 10 febbraio corrente anno, resta revocato a tutti gli effetti. In conseguenza sarà pubblicato altro avviso.

LIDO DI VENEZIA. *Ospedale al Mare.* — Medico direttore e medico assistente; rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto.

LITTORIA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Direttore del Consorzio e del Dispensario prov., Ispettore del Dispensario e delle Sezioni Dispensariali; L. 18.000; indennità trasferte. Scad. ore 12 del 15 aprile. Età limite 40 a. Tassa L. 50. Chiedere copia del bando.

LOCRI. — (vedi REGGIO CALABRIA).

LUCCA. *RR. Spedali ed Ospizi.* — Medico Assistente di medicina. Stipendio annuo L. 4000, più vitto e alloggio. Età massima anni 30 (salvo eccezioni di legge). Tassa L. 50,10. Scadenza 31 maggio 1935-XIII.

MILANO. *Ospedale Fatebenefratelli - Fatebenesorelle. Ciceri-Agnesi.* — Scad. 30 aprile; aiuto chirurgo. Rivolgersi alla Segreteria.

PALMI. — (vedi REGGIO CALABRIA).

RAGUSA. *Ospedale « Benito Mussolini ».* — Per 60 giorni è aperto concorso titoli Aiuto Chirurgo addetto Reparto Chirurgia, Ostetrico e Maternità Infanzia. Abilitazione professione medico chirurgo

almeno tre anni, servizio prestato quale aiuto od assistente per almeno due anni in Istituti universitari di Clinica o Patologia chirurgica ovvero in Reparti chirurgici di Ospedali importanti. Frequenza corsi di perfezionamento e disimpegno incarichi branca ostetrico - ginecologica. Stipendio L. 5000, indennità L. 2000. Compartecipazione 10 % sulle prestazioni agli ammalati a pagamento; sostituendo primario 50 %. Ragusa, 15 marzo 1935-XIII. Il presidente: Azzaro.

REGGIO CALABRIA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Direttori delle Sezioni dispensariali di Locri e di Palmi; titoli ed esami; scadenza ore 19 del 25 aprile. Stipendio anuno L. 8000. Indennità di trasferte e missioni. Tutto soggetto a trattenute e riduzioni di legge. Età massima anni 40 s. e. l. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti.* — Scad. 30 aprile; tre posti di primario chirurgo. Le norme per l'ammissione e il metodo del concorso, gli obblighi degli eletti e la durata del servizio risultano dal Regolamento per il personale sanitario e dal Regolamento igienico sanitario in vigore.

ROMA. *Ministero delle Colonie.* — Sono banditi i concorsi per posti di ispettore di sanità pubblica in Eritrea ed in Somalia. I bandi sono pubblicati sulla « Gazzetta Ufficiale » N. 27.

ROMA. *Regi Istituti Fisioterapici Ospitalieri.* — Concorso a 3 posti di tecnici preparatori di laboratorio nell'Istituto Regina Elena per lo studio e la cura dei tumori; scad. ore 12 del 6 aprile; titoli ed esami. Licenza di scuola media o diploma di scuola professionale o certificato di aver prestato servizio almeno tre anni in un Istituto scientifico in qualità di tecnico preparatore. Assegno L. 24 giornaliere e tre quinquenni di L. 500 annue, oltre l'aggiunta di famiglia. Anno di prova (9/10 della paga giornaliera).

TRIESTE. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 29 mag., ore 12; direttore del Consorzio e del Dispensario prov., 1 medico aiuto del Dispensario prov. e del Dispensario mobile, 3 direttori di Sezione, 5 assistenti sanitarie visitatrici. Rivolgersi alla segreteria del Consorzio, via Geppa 21.

VERONA. *Amministraz. Provinc.* — Al 30 aprile, ore 18, medico primario aggiunto ai Sanatori di Valpolicella e alla Grola di S. Ambrogio; età limite 35 anni; doc. a 3 mesi dall'1 mar.; L. 11.600 oltre L. 1800 indenn. serv. att., L. 1000 indenn. residenza, 3 quadrienni di L. 600, L. 700 e L. 800; titoli.

— Medico primario aggiunto ai Sanatori Prov. di Verona in Ponton di Valpolicella e alla Groda di S. Ambrogio; stip. L. 11.600 oltre L. 1800 indennità serv. att. e L. 1000 indenn. residenza; 3 quadrienni di L. 600, L. 700 e L. 800; età limite 35 a. Divieto esercizio professionale. Chiedere altre condizioni. Scad. 30 apr.

CONCORSI A PREMI.

Reale Accademia Nazionale dei Lincei.

Sono messi a concorso numerosi premi, tra cui i seguenti: di S. M. il Re, annuale, per la fisiologia normale e patologica (L. 10.000); Carpi, biennale, per le scienze biologiche (L. 1500); Grassi, annuale, per la parassitologia (L. 4000); Bora, quadriennale, per le scienze biologiche e le loro applicazioni pratiche (L. 10.000 circa); Ettore Bocconi (L. 155.000 circa) per studi e ricerche originali sui tumori maligni (eziologia, diagnostica, terapia). Chiedere prospetto ed eventuali chiarimenti alla Cancelleria dell'Accademia, via della Lungara 10, Roma.

Premio Anderson-Berry.

La «Royal Society » di Edimburgo bandisce il concorso al premio David Anderson-Berry, per il miglior lavoro sull'azione dei raggi Roentgen nelle malattie umane; il premio consiste in una medaglia d'oro e 100 sterline; l'assegnazione verrà fatta nel luglio 1935 e ripetuta ogni 3 anni. Rivolgersi alla segreteria, George Street 2, Edinburgh 2, Inghilterra.

Fondazione « Luigi Concetti ».

È aperto il concorso nazionale al premio di L. 1400 da assegnarsi alla migliore monografia riguardante studi pediatrici pubblicata nel biennio 1934-35. Al premio possono concorrere monografie stampate o dattilografate non presentate ad altro concorso. Rivolgere domanda, accompagnata da tre copie delle monografie, alla presidenza della Società Italiana di Pediatria (corso Bramante 29, Torino) non più tardi del 31 dicembre 1935-XIV. La Commissione giudicatrice sarà composta di tre membri da nominarsi dal Direttorio della Società, con le modalità prescritte dallo Statuto. Il premio sarà assegnato entro il 1936 dal Direttorio della Società Italiana di Pediatria in base alla Relazione della Commissione giudicatrice.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

La Facoltà Medica di Napoli, con voto unanime, ha chiamato a coprire la cattedra di patologia speciale chirurgica dimostrativa il prof. Leonardo Dominici, titolare della cattedra di clinica chirurgica dell'Università di Perugia e da cinque anni Rettore Magnifico di detta Università.

Ce ne compiacciamo cordialmente con l'illustre clinico.

Il prof. sen. Giuseppe Sanarelli è nominato membro corrispondente della Società argentina di tisiologia. Siamo lieti di questo nuovo riconoscimento internazionale del valore del nostro scienziato.

Il prof. Cesare Ortali, libero docente dell'Università di Roma, è nominato membro della Società Medica Chirurgica di Bologna. Rallegramenti vivissimi.

Sono abilitati alla libera docenza: Calogero Burriamo, in anatomia umana descrittiva e topografica; Lorenzo Bianchi, Luigi Bucciante, in anatomia umana normale; Aldo Cimmino, Catullo Fiorio, in batteriologia e immunologia; Guido Oselladore, Mario Ronzini, Vittorino Travaglini, Carmelo Trinchera, in clinica chirurgica e medicina operatoria; Alessandro Basilicò, Salvatore Costantino, in clinica delle malattie infettive e contagiose; Cataldo Cassano, in clinica medica; Angeloantonio Corrado, Domenico Giannini, Giuseppe Zanettin, in clinica oculistica; Amos Foà, Giovanni Andrea Piana, Guido Sampolesi, Antonio Venuti, in clinica pediatrica; Bruno Brunelli, in farmacologia sperimentale e terapia; Emilio Martini,

Paolo Bowinski, Ennio Sapegno, in fisiologia sperimentale; Ferruccio Ara, Augusto Giovanardi, Luigi Schioppa, in igiene; Bono Simonetta, in istologia ed embriologia; Giulio Ferrando, in legislazione ed assistenza sanitaria; Renato Semizzi, in medicina sociale; Giambattista Bietti, Aldo Ferrari, Cesare Galeazzi, Lino Mazzi, Stefano Rinaldi, in oftalmologia e clinica oculistica; Leopoldo Giuntini, in ortopedia e traumatologia; Ferruccio Pezzini, in ostetricia e ginecologia; Bruno Babudieri, Paolo De Muro, in parassitologia medica; Benigno Baroni, Michelangelo Canavero, Salvatore Cimmino, Cesare De Fermo, Enoch Fiorini, Vito Gaglio, Giuseppe Mazzacuva, Giuseppe Nogara, Attilio Odasso, Franz Pagliani, Ercole Ragnotti, Salvatore Scandurra, Antonio Spinelli, Giuseppe Vecchi, in patologia speciale chirurgica; Giulio Dolfini, Luigi Jacchia, Salvatore Maugeri, Roberto Rordorf, in patologia speciale medica; Paolo Croveri, in patologia tropicale e subtropicale; Pietro Cerutti, Gianfranco Chiale, Mario Fraulini, Francesco Lisi, Carlo Pisacane, in patologia e clinica dermosifilopatica.

Si è riunita la Commissione giudicatrice per l'assegnazione di due premi annuali ed uno biennale di lire mille ciascuno della Fondazione Castellino istituiti dal compianto clinico di Napoli e legati all'Ordine dei Medici della provincia, per le migliori tesi di clinica medica agli esami di laurea di quella Università. La Commissione, costituita dal prof. Giovanni Boeri, in rappresentanza della Facoltà medica, dal prof. Pietro N. Castellino, in rappresentanza degli eredi del fondatore e dal prof. Bonaventura Maiolo per l'Ordine dei Medici, ha assegnato i premi ai dottori: Giuseppe Bucco, Francesco Perrotti e Alfonso Graziano.

Il dott. Leonidas Avendaño è nominato presidente dell'Accademia Nazionale di Medicina del Perù.

Il dott. O. García Rossell è nominato segretario generale dell'Associazione Medica Peruviana.

NOTIZIE DIVERSE.

Sezione medica del Comitato Francia-Italia.

Il 13 febbraio si tenne a Parigi la prima riunione di questa Sezione. Il presidente del Comitato, I. de Nolhac, pronunziò un discorso inaugurale; lumeggiò l'importanza che deriva alla Sezione da accordi intervenuti a Roma il 7 gennaio. Il prof. Achard rispose in nome dei medici. Il segretario generale della Sezione, dott. Martiny, fece una relazione morale. Furono precisati gli scopi della Sezione e cioè: creare un ufficio della stampa per regolare gli scambi di lavori originali e di recensioni tra i due Paesi; organizzare conferenze e ricevimenti di personalità mediche inviate in Italia dal « Comitato Francia-Italia » ed in Francia dal « Comitato Italia-Francia »; stabilire rapporti tra i sindacati dei due Paesi; esaminare i problemi d'idroclimatologia, allo scopo precipuo di specializzare le stazioni, valorizzandole.

Il prof. Cunéo, presidente della Sezione, diresse il dibattito sul regolamento interno.

Fu annunziato un ricevimento a Parigi da parte del presidente del « Comitato Italia-Francia », sen. Borletti.

Il « Comitato Francia-Italia » è così costituito: presidenti onorari J.-L. Faure e Achard; presidente effettivo Bernard Cunéo; vice-presidenti: Em. Sergent, Loeper, Salimbeni, Dartigues; comitato direttivo: Armand-Delille, Desfosses, Noir, Treves; segretario generale: Martiny; segretari generali aggiunti: Molinéry, Saini, Vaccaro.

La Sezione non intende interferire con altre istituzioni congeneri, come l'A.D.R.M., l'Umfia ecc., ma collaborare con esse.

20° Congresso internazionale di medicina legale e di medicina sociale.

Come abbiamo annunziato, si terrà dal 17 al 20 luglio in Bruxelles; i Sovrani del Belgio hanno accordato il loro alto Patronato al Congresso; il Ministro della Giustizia ne ha accettato la presidenza onoraria. Il Comitato esecutivo è presieduto dal prof. F. Héger-Gilbert; ne è segretario generale il dott. Maurice De Laert. La solenne seduta inaugurale si terrà nel grande *hall* dell'Università (avenue des Nations); il prof. L. Cornil, procuratore generale alla Corte di Cassazione del Belgio, pronunzierà una conferenza su « La perizia in contradittorio ». Per il programma e per qualsiasi informazione rivolgersi al segretario generale, Faculté de Médecine, rue de Waterloo 115, Bruxelles, Belgio.

Giornate mediche di Bruxelles del 1935.

Come ne abbiamo già dato notizia, in occasione dell'Esposizione internazionale ed universale del 1935 sarà tenuta a Bruxelles la XIV sessione delle « Giornate mediche di Bruxelles » dal 29 giugno al 2 luglio. Si prevede un grande successo: la cornice incantevole di questa manifestazione, le feste che saranno offerte ai congressisti, il programma scientifico loro riservato, sono altrettanti avvenimenti idonei ad attirare i medici.

Le giornate mediche avranno un successo anche maggiore di quello conseguito negli anni scorsi. Destinate per la maggior parte alla fisiopatologia delle glandole endocrine, tema di particolare attualità, il programma accoglie i nomi di eminenti studiosi di tutti i Paesi.

Di particolare attrattiva è l'Esposizione internazionale ed universale di Bruxelles, che sarà aperta in quel periodo.

Oltre ai considerevoli vantaggi materiali (riduzioni concesse dalle ferrovie, dalle compagnie di navigazione e di aviazione, dagli alberghi ecc.), il Comitato ha organizzato per i congressisti una serie di splendide feste. Il 29 giugno, dopo la seduta inaugurale, in cui il prof. Loeper parlerà dei « Musicisti di fronte alla medicina », avrà luogo un banchetto in onore dei delegati ufficiali dei governi esteri e dei conferenzieri. Il 30 saranno riservati ai congressisti posti speciali per la sfilata del corteo folkloristico che percorrerà i giardini dell'Esposizione. Alla sera rappresentazione di gala al Teatro di La Monnaie. Il 1° luglio grande concerto sinfonico nella sala delle feste dell'Esposizione con l'orchestra filarmonica di Bruxelles sotto la direzione del celebre direttore d'orchestra italiano De Sabbata della « Scala » di Milano e di M. Agosti, pianista. Il 2 luglio ricevimento al Municipio di Bruxelles. Altre feste avranno luogo durante il Congresso.

Per informazioni ed iscrizioni (quote di 100 franchi belgi per i medici e 50 per le persone che li accompagnano) rivolgersi al dott. Beckers, segretario generale, 141, rue Belliard, Bruxelles.

Gruppo per gli studi sulle malattie del ricambio.

Si è costituito a Milano, per iniziativa dei proff. M. Ascoli, A. Gasbarrini, P. Rondoni e L. Zoia, il « Gruppo per gli studi del ricambio ».

Prossimamente in una sede universitaria che verrà a suo tempo comunicata, sarà tenuta la prima riunione del Gruppo, in cui il prof. G. Quagliarello, direttore dell'Istituto di Chimica biologica della R. Università di Napoli, riferirà sul « Ricambio dei grassi » ed il prof. Zoia, direttore della Clinica Medica di Milano, tratterà della « cura ambulatoria del diabete ».

Organo ufficiale del « Gruppo per gli studi del ricambio » sarà l'« Archivio per lo studio della Fisiopatologia e Clinica del Ricambio », diretto dai proff. Zoia e Gasbarrini, pubblicazione che col 1935 è entrata nel suo terzo anno di vita. Le adesioni al « Gruppo » vanno dirette al prof. Zoia, Clinica Medica Generale, via F. Sforza 35, Milano.

1° Convegno italiano di radiobiologia.

A seguito della proposta inviata dall'on. Manaresi alla Società Internazionale di Radiobiologia, con sede permanente a Venezia, la prima riunione dei nuclei italiani di radiobiologia, sorta in seno al movimento scientifico promosso dalla S. I. R. B., avrà luogo a Bologna in occasione della Mostra del Libro di Medicina.

Il congresso dei nuclei sarà presieduto dal prof. Betti, ordinario di chimica alla Università di Bologna e presidente del nucleo di chimica e chimica fisica.

Nella stampa sanitaria.

Si è iniziata a Napoli la pubblicazione della « Rivista di Chirurgia », a periodicità mensile, diretta dai proff. L. Torraca e G. Iannelli; la direzione e l'amministrazione hanno sede presso la R. Clinica chirurgica (Policlinico). Il giornale è di formato grande, su carta patinata, in magnifica veste tipografica; il primo fascicolo reca sei contributi originali, bene illustrati, ed una copiosa rubrica di recensioni, distribuite per argomenti.

L'abbonamento annuo importa L. 50 per l'Italia, L. 75 (tariffa A) ovvero L. 100 (tariffa B) per l'Estero; un fascicolo separato L. 5 in Italia, L. 10 all'Estero.

Abbiamo ricevuto il primo numero de « La Ginecologia », pubblicazione della Società Piemontese di Ostetricia e Ginecologia; è diretta dal prof. E. Cova ed édita da S. Lattes & C. di Torino; ha periodicità mensile. Vuol essere la continuazione del giornale, di ugual nome, fondato in Firenze dal Pestalozza e cessato nel primo anno di guerra. Inizia con una sentita e interessante biografia del grande Maestro e reca sei lavori originali e una rubrica di recensioni; sviluppa oltre un centinaio di pagine.

L'abbonamento annuo importa L. 65 in Italia, L. 100 all'Estero; un numero separato costa L. 10.

Inizia le sue pubblicazioni in questi giorni una nuova rivista intitolata « La chirurgia plastica ». Essa è stata fondata ed è diretta dal prof. Arturo Manna di Roma. Nel comitato di direzione e tra i collaboratori figurano eminenti personalità cliniche italiane e valenti chirurgi stranieri. La rivista pubblica i lavori riguardanti la chirurgia riparatrice plastica ed estetica, esercitata tanto dagli specialisti della materia quanto dai chirurgi generici, dagli oculisti, otoiatri, stomatologi, ginecologi e traumatologi, e tratterà anche questioni riguardanti l'infortunistica nei riguardi della terapia.

Le pubblicazioni per ora saranno bimestrali e l'abbonamento annuo è di L. 30 per l'Italia e Colonie e L. 50 per l'Estero.

La Direzione e la Redazione hanno sede in via Nazionale 87, Roma.

Hanno iniziato le pubblicazioni « I quaderni dell'Allergia », a periodicità bimestrale, redatti dal dott. P. Sangiorgi. Il primo fascicolo, di 40 pagine, contiene tre lavori originali (ne sono autori J. Van Niekerk di Leida, W. Schwarz di Milano, P. Sangiorgi), nonchè una serie di recensioni. Gli uffici hanno sede in via Cesare Procaccini 14, Milano. L'abbonamento annuo importa L. 40 per l'Italia, L. 80 per l'Estero; un fascicolo separato L. 8.

Ha cominciato a pubblicarsi, a Torino, la rivista « Fronte Unico Antitubercolare », mensile, diretta dal prof. G. Perrando, a finalità sociali.

La « Rassegna Italiana di Medicina Sociale », a periodicità mensile, sarà diretta dai proff. Coruzzi e Travagli, con redazione ed amministrazione a Milano (via Manzoni 33). Vi avranno il massimo rilievo le direttive sociali più importanti delle branche della medicina e saranno degnamente illustrate le finalità medico-sociali del Regime.

A questi nuovi confratelli, che vengono ad aumentare la già ricca stampa periodica medica italiana, i nostri auguri.

L'Istituto d'igiene di Budapest.

L'Istituto d'igiene pubblica della Facoltà di medicina di Budapest ha festeggiato il suo 60° anniversario. La cattedra d'igiene pubblica fu inaugurata a Budapest nel 1874 e fu la seconda in tutti i Paesi (preceduta solo da quella di Monaco di Baviera, fondata da Pettenkofer). L'Istituto venne fondato subito dopo e fu il primo del

mondo; molti grandi Paesi non tardarono a fondare Istituti analoghi. L'igiene divenne oggetto di esame obbligatorio alla Facoltà medica di Budapest nel 1882 e 11 anni dopo anche alla Facoltà di farmacia. Il primo direttore dell'Istituto fu Joseph Fodor, di reputazione universale, eccellente organizzatore; a lui si deve tra l'altro la iniziativa delle visite mediche scolastiche, le quali si sono poi attuate in tutti i Paesi civili. Direttore attuale è Jules von Daranyi, che ha posto l'Istituto al livello della scienza moderna.

L'Istituto ha una copiosa produzione scientifica. Di concerto con la Società ungherese d'igiene pubblica, fondata pure da Fodor 50 anni or sono e una delle più antiche del mondo, svolge anche un'opera utilissima per il miglioramento dell'igiene pubblica nell'Ungheria.

Per la Stazione delle Piante officinali di Napoli.

Si è riunito recentemente il Consiglio di Amministrazione della Stazione Sperimentale per le Piante Officinali annessa all'Orto Botanico della R. Università di Napoli.

Sono stati trattati vari argomenti interessanti l'economia nazionale per quanto riguarda la importazione di piante officinali e dei prodotti che ne derivano ed è stato formulato un voto, indirizzato al Capo del Governo, perchè la Stazione sia messa in grado di poter sempre più efficacemente svolgere, nel suo campo, la sua attività per la risoluzione dei problemi che essa studia.

Azioni giudiziarie.

La Corte di Cassazione ha accolto un ricorso del medico condotto e ufficiale sanitario di Torretta, il quale su denunzia del farmacista locale era stato condannato dal pretore di Carini a mille lire di multa e ai danni per esercizio abusivo della professione di farmacista. Da una parcella del medico risultava che egli aveva messo in conto, oltre alle visite, anche dei medicinali; ma si è provato che questi erano stati somministrati per salvare l'ammalato e senza dolo. La sentenza è stata annullata senza rinvio, perchè il fatto non costituisce reato.

Quattro dentisti del Lussemburgo hanno intentato causa contro un giornalista, il quale aveva affermato, nella rivista « La Politique Nouvelle », che i loro diplomi erano stati ottenuti dietro pagamento. Questi diplomi erano stati rilasciati dalla Facoltà di Bonn, la quale dunque veniva ad essere accusata di corruzione. Durante il processo i dentisti hanno dimostrato la falsità delle presunte rivelazioni del giornalista e la Facoltà di Bonn ha comprovato la legalità dei loro titoli. Il Tribunale del Lussemburgo ha inflitto un'ammenda al giornalista e ha disposto la pubblicazione della sentenza in un giornale. La domanda di revisione del processo, avanzata dal giornalista, è stata respinta. Per tal modo l'onorabilità dei quattro professionisti e l'integrità della Facoltà di Bonn sono messe fuori discussione.

In una piccola città della Francia, Saint-Béat, presso Tolosa, erano state aperte due farmacie, di cui una gestita da un farmacista, l'altra di proprietà di una signora, che vi aveva preposto un titolare non fornito del diploma; su denunzia del farmacista, si è svolta una lunga azione giudiziaria, che ha avuto esito in una sentenza della Corte di Cassazione, la quale ha ordinato la chiusura definitiva della seconda farmacia.

Un po' dovunque.

Al 10° Congresso internazionale di chirurgia, indetto al Cairo dal 30 dic. al 5 gennaio, saranno relatori per l'Italia i proff. A. Chiasserini, M. Donati e G. Pieri.

Il 3° Congresso della Società francese di fonoiatria si terrà il 18 maggio a Parigi nell'Hôtel Chambon (rue du Cherche-Midi 95), sotto la presidenza del prof. Moure; tema: « Il compito delle glandole endocrine nella fisiologia vocale » (relatore il prof. Terracol).

La Società roentgenologica tedesca terrà la 26ª riunione dal 28 al 30 aprile a Berlino, nella Langenbeck-Virchow-Haus, sotto la presidenza del prof. Frik. Sede: Brückenallee 22, Berlin NW 87.

La Società dei neurologi e psichiatri tedeschi si adunerà dal 28 al 30 agosto in Dresda. Informazioni dal Dr. Nitsche, Pirna (Dresden), Germania.

La Società svizzera di medicina interna si adunerà il 25 e il 26 maggio a Losanna.

La Società svizzera di psichiatria si adunerà a Will (San Gallo) l'11 e il 12 maggio.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 1° e il 15 febbraio, sotto la presidenza del prof. M. Donati. Sono state fatte comunicazioni da: S. Caminiti, E. Gianni, M. Giussani, M. Recchioni; E. Ragnotti, C. Arrigoni, E. Gianni, A. Ciminata, R. Zanoli, A. Catterina.

Un corso di perfezionamento sull'esplorazione radiologica dell'apparato respiratorio avrà luogo dall'1 al 6 aprile nella Clinica medica propedeutica della Facoltà di Medicina di Parigi (Hôpital Broussais), sotto la direzione del prof. Emile Sergent.

L'ospedale Beaujon, costruito a Clichy — alle porte di Parigi — attua in Europa il tipo americano di ospedale, a sviluppo verticale: consta di 12 piani ed è alto circa 60 metri; una piccola torre si eleva a 72 metri; ha la capacità di 1100 letti ed è costato 106 milioni di franchi. Realizza forme moderne di assistenza; tra l'altro, ad ogni capezzale v'è una cuffia per radio.

È stata ultimata ed è prossima a funzionare in Bucarest una nuova Clinica per malattie nervose, ove il celebre prof. G. Marinesco continuerà le tradizioni di studio e di lavoro dell'Istituto.

Il Governatore di Roma on. Bottai ha visitato la Colonia Profilattica a Villa Glori che accoglie, durante la giornata, numerosi bambini che hanno persone di famiglia colpite da tubercolosi.

L'Ambasciatore del Giappone presso il Quirinale, S. E. Snigimura, ha visitato la Clinica delle malattie tropicali e subtropicali diretta dal sen. Aldo Castellani, e ne ha ammirato l'organizzazione e l'efficienza.

Il prof. sen. Pende — recatosi in Romania per un ciclo di conferenze in quegli Atenei — è stato ricevuto in udienza dal Sovrano, che si è interessato all'attività scientifica del clinico italiano e al-

l'organizzazione sanitaria ed assistenziale dell'Opera Nazionale Balilla.

In Germania è stata limitata l'iscrizione delle allieve levatrici, data l'esuberanza attuale di levatrici.

I medici laureati a Roma nel 1910 si riuniranno nel prossimo maggio per festeggiare il 25° anno di laurea. Gli interessati potranno rivolgersi per chiarimenti al prof. Arturo Manna, via Nazionale 87, Roma.

In piena attività intellettuale e in buona efficienza fisica ha festeggiato a Darmstadt l'80° compleanno il prof. Arturo Hoffmann, reputato ginecologo.

Il Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni, allo scopo di perpetuare la memoria del suo antico membro Leone Bernard, ha stabilito d'istituire un premio internazionale di medicina sociale, che ne recherà il nome. Le sottoscrizioni possono indirizzarsi alla « National Provincial Foreign Bank Ltd. », Ginevra.

Ricorre nel 1935 l'8° centenario della nascita del medico Moises Maimónides, di Cordova (Spagna), israelita. Fu medico di Saladino e scrisse un trattato sull'igiene personale. Il Governo spagnolo ha deliberato di commemorare la ricorrenza con l'emissione di un francobollo.

Si è inaugurato a Buenos Aires un busto del dott. E. Tornú, il quale ha promosso in Argentina la lotta antitubercolare, per mezzo di sanatori, dispensari e ospedali specializzati ed è autore di importanti lavori scientifici. Il busto sorge nel magnifico ospedale per tubercolotici che porta il nome del Tornú e che ora è diretto da A. A. Raimondi.

Il Consiglio delle Conferenze di S. Vincenzo ha deciso di iniziare il processo informativo, per giungere al riconoscimento della santità del medico Renato Masini, nato nel 1901 a Lucca, morto nel 1931 di tubercolosi contratta nell'assistere i malati. Postulatore della causa è stato nominato mons. Giannoni.

Nella seduta del 7 marzo la Facoltà Medica di Napoli, ha inviato, su proposta del prof. Verga, il saluto e l'augurio alle truppe partenti per l'Africa Orientale con l'assentimento e l'entusiasmo del popolo tutto rinnovato nello spirito da Benito Mussolini.

Una visita al Marocco è organizzata in occasione del Congresso di oto-neuro-oftalmologia indetto a Nizza dal 15 al 18 aprile. Rivolgersi a: Office central des Congrès, avenue de l'Opéra 26, Paris 1er.

Sono stati condannati a morte due indù di Calcutta, per avere ucciso un ricco proprietario, conferendogli la peste; uno dei due condannati è fratellastro della vittima; l'altro è un medico, il quale avrebbe fatto uso di colture batteriche per conferire l'infezione.

Demmo notizia di un parto qinquigemino avvenuto nel Canadà il 28 maggio scorso; le cinque nate stanno sempre bene. Si annunzia che un'agenzia di pubblicità ha intentato causa contro i due coniugi e contro un loro agente di affari, per infrazione ad un contratto di pubblicità: viene chiesto l'indennizzo di un milione di dollari — se è vero quanto è stato pubblicato.

A Conselice (Ravenna), certa Teresa Antonia Ponzi, di 27 anni, emette delle scintille elettriche dalle punte delle dita quando le passa sugli abiti; il fenomeno è simile ai fuochi di Sant'Elmo; esso è stato reso di pubblica ragione dal medico condotto, dott. Vannini.

Il 19 febbraio è morto, in età di 78 anni, il dott. BERNHARD SPATZ, che per 42 anni diresse la « Münchener Medizinische Wochenschrift » e ne fece uno dei periodici di medicina più reputati.

È morto al Cairo, in età di 47 anni, J. MARCOVICH, direttore di « La Presse Médicale d'Egypte ».

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 1° Aprile 1935 - XIII Num. 13

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO
diretta dal prof. MAURIZIO ASCOLI

Ricerche di elettrofonocardiografia.

Nota Iª - Studio clinico e grafico della stenosi mitralica

per il dott. UGO DILIBERTO, assistente

Vari AA. (Lian, Duchosal, Clerc, Lutembacher, Lewis, Staehl ed altri) in questi ultimi tempi hanno portato nuovi contributi allo studio dei fenomeni steto acustici delle cardiopatie valvolari e della semeiologia del ritmo a tre tempi mediante la fonocardiografia.

Tuttavia le tecniche in uso non sono del tutto al riparo della critica e, ancora recentemente, a Lian che comunicava alla Soc. degli Osped. di Parigi le sue ricerche fonocardiografiche con un procedimento nuovo cioè paragonando il tracciato fonocardiografico con quello meccanico dell'omerale e questo con quello elettrocardiografico, è stato obbiettato da Clerc che i tracciati avrebbero guadagnato se fossero stati raccolti con metodi più precisi, poichè l'onda meccanica omerale può presentare eventualmente di fronte alla sistole ventricolare un ritardo patologico più o meno importante e variabile.

Inoltre in caso di aritmia completa o di estrasistoli, possono alcune contrazioni non trasmettersi alla periferia. Infine questo procedimento non offre alcun punto di repere dell'inizio della sistole auricolare che rappresenta, pur tuttavia, un indice prezioso.

Mi sono pertanto proposto di riprendere lo studio con un procedimento più adatto e precisamente ho ricorso alla registrazione simultanea del fono e dell'elettrocardiogramma per mezzo di un elettrocardiografo a due corde.

Riservandomi di estendere le osservazioni ai vari vizi valvolari e alle alterazioni del ritmo man mano che se ne presenterà l'occasione consegno in questa prima nota i risultati ottenuti nello studio di infermi affetti da stenosi mitralica, dei quali ho avuto agio questo anno di osservare un certo numero.

TECNICA: Esistono tre metodi di registrazione grafica dei rumori cardiaci:

1) metodo elettrocardiografico che consiste nel collegare un microfono all'elettrocardiografo;

2) metodo oscillografico a membrana in cui le vibrazioni della membrana sono trasmesse a un filo di platino. L'immagine ingrandita di questo viene proiettata per mezzo di una sorgente luminosa su un film girevole;

3) metodo del microfono elettromagnetico con amplificazione di corrente per mezzo di lampade triodo e registrazione ottica con oscillografo a specchio.

I nostri tracciati sono stati ottenuti col primo metodo ma per mezzo di un elettrocardiografo a due corde cosicchè abbiamo potuto raccogliere simultaneamente sullo stesso film cronometrato in centesimi di secondo il fono e l'elettrocardiogramma. Le due grafiche sono così agevolmente confrontabili.

Risultati nei soggetti normali. — Per la comprensione dei tracciati patologici è indispensabile la conoscenza dei risultati della fonocardiografia nei soggetti normali ai quali riteniamo perciò opportuno accennare.

Il I e il II tono sono costituiti da due ventri di oscillazioni che spiccano sulle altre minutissime della linea isoelettrica che li separa.

Il I tono, si distingue dal II per il voltaggio maggiore, per la durata e per la posizione rispetto alle fasi dell'ecg.

Secondo Lewis il I tono comincia da 1 a 5 centesimi di secondo dopo l'onda Q, il II tono da 1 centesimo di secondo prima della fine dell'onda T a 5 centesimi di secondo dopo la fine di questa. Nei nostri tracciati abbiamo quasi costantemente trovato che il I tono si inizia in corrispondenza dell'onda Q o da 0'',02 a 0'',10 dopo di questa deflessione ed il secondo tono da 0'',02 a 0''.10 dopo la fine dell'onda T. Circa la durata il primo tono varia da 0'',10 a 0'', 14; il secondo tono da 0'',05 a 0'',14.

Riproduciamo una grafica di soggetto normale nella quale è facile rilevare i dati su esposti (fig. n. 1).

Rumori della stenosi mitralica. — Nella sua recente comunicazione Lian ha presentato un unico tipo di tracciato fonocardiografico della stenosi mitralica, nel quale egli distingue una zona vibratoria diastolica dove è possibile individualizzare i toni e i rumori che si ascoltano nella stenosi mitralica.

I tracciati da noi ottenuti nei vari infermi presentano invece rilevanti differenze grafiche sì da poterli dividere in tre tipi aventi ciascuno una impronta particolare che passiamo a descrivere.

Il primo tipo che corrisponde a quello di Lian è riprodotto dal tracciato che presentiamo nella fig. n. 2 in cui si vedono delle zone piuttosto ampie di vibrazioni della durata di 0'',52 separate da intervalli di 0'',16 che si iniziano immediatamente dopo la fine dell'onda T e finiscono a 0'',08, dopo l'onda S. In esse si possono distinguere quattro ventri di oscillazioni, dei quali i primi due si trovano molto vicini l'uno dall'altro nella sede del secondo tono, e sono dati dallo sdoppiamento di questo. Il primo ventre ha una durata normale di 0'',10, il secondo che segue quasi immediatamente (dopo uno spazio di 0'',02) ha una durata leggermente inferiore. Il terzo ventre che corrisponde alla fase diastolica ed al complesso auricolare dell'ecg., cioè alla presistole, è dato dal rumore di soffio diastopresistolico ed infine il IV è costituito da un ventre di vibrazioni più accentuate che corrisponde alla sede esatta dal I tono e va perciò identificato con questo.

Il secondo tipo di tracciato è quello che presentiamo nella fig. n. 3.

Esso presenta pure quattro ventri di oscillazioni, ma la fisonomia di esso è assolutamente diversa dal precedente. Un primo ventre oscillatorio che corrisponde per sede all'onda P dell'ecg. è dato dal rumore di soffio presistolico. Segue immediatamente dopo il ventre oscillatorio del I tono in sede normale, con una durata normale ed un voltaggio rilevante, dovuto all'accentuazione che questo tono acquista sovente nella stenosi mitralica.

Separate da questo da uno spazio di 0'',24 si trovano le oscillazioni del II tono formato anche qui da due ventri separati però da uno spazio maggiore che nel precedente e cioè di 0'',06; il primo ventre ha una durata di 0'',10 ed il secondo di 0'',06.

Il terzo tipo infine che il tracciato della stenosi mitralica può assumere è rappresentato dalla fig. 4 dove si notano due ventri oscillatori nettamente distinti e corrispondenti per sede al primo e al secondo tono entrambi di durata normale. Il primo tono è preceduto da un ventre di minute oscillazioni che come nei precedenti è in sede presistolica.

Sono questi i tre tipi di tracciato che abbiamo incontrato nello studio fonocardiografico della stenosi mitralica, i quali presentano aspetti assolutamente diversi. L'unico carattere che essi hanno in comune è il gruppo di oscillazioni situato nella presistole il quale acquista perciò un significato diagnostico specifico.

Queste differenze grafiche trovano esatto riscontro nei fenomeni steto-acustici che clinicamente si possono osservare in questa malattia. Infatti il primo tipo di tracciato riflette quel gruppo di casi nei quali si ascolta tutta la gamma dei rumori e cioè: soffio diastopresistolico, rinforzo del I tono, sdoppiamento del II tono alla base. Il secondo tipo quelli in cui

il ritmo a tre tempi si ascolta con la massima intensità alla punta mentre è nullo o quasi alla base. Il terzo quelli in cui il secondo tono

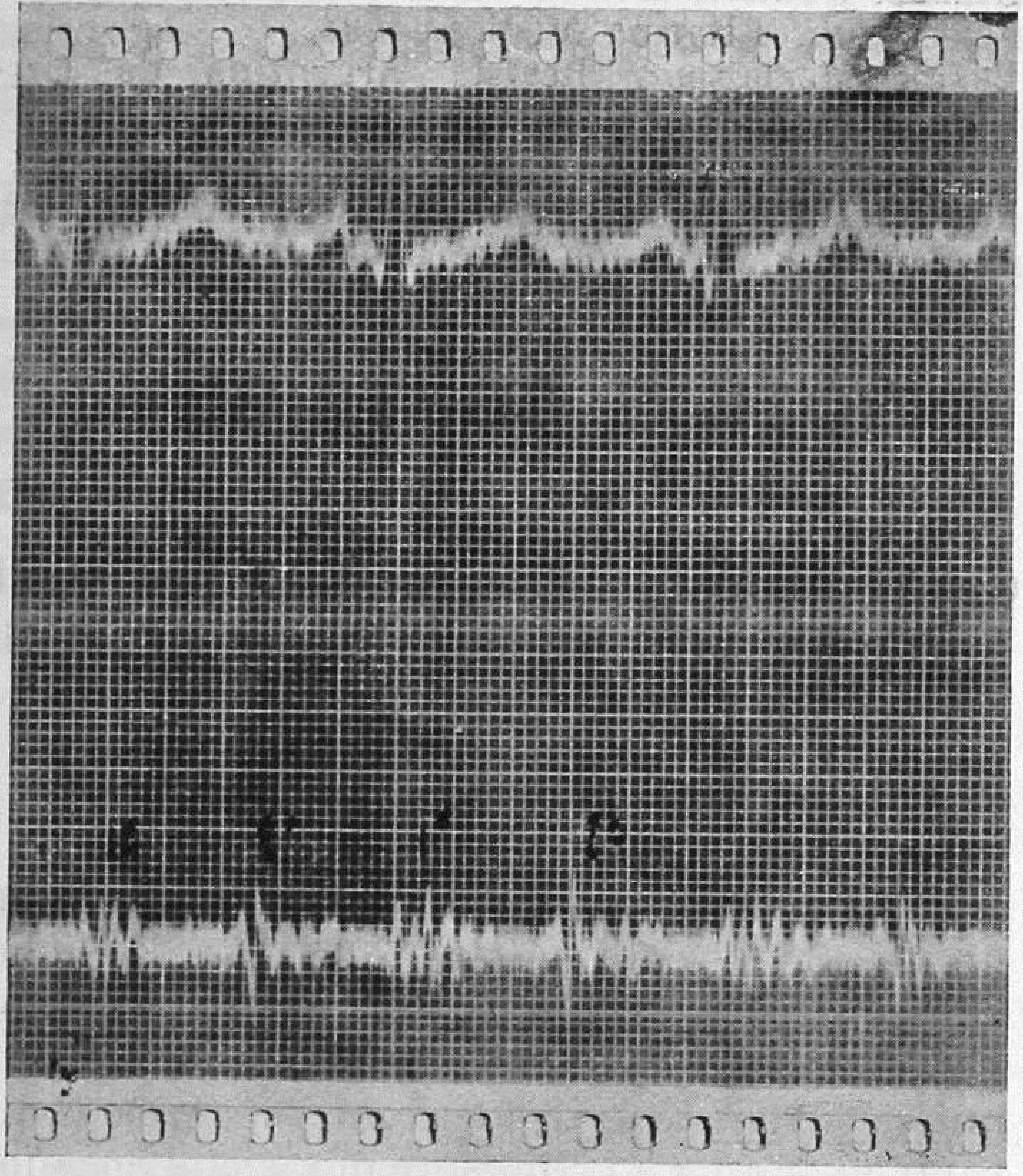


FIG. 1.

anzichè essere sdoppiato è soltanto accentuato sulla polmonare.

* * *

Nulla di particolarmente nuovo adunque ci ha fornito lo studio fonocardiografico della ste-

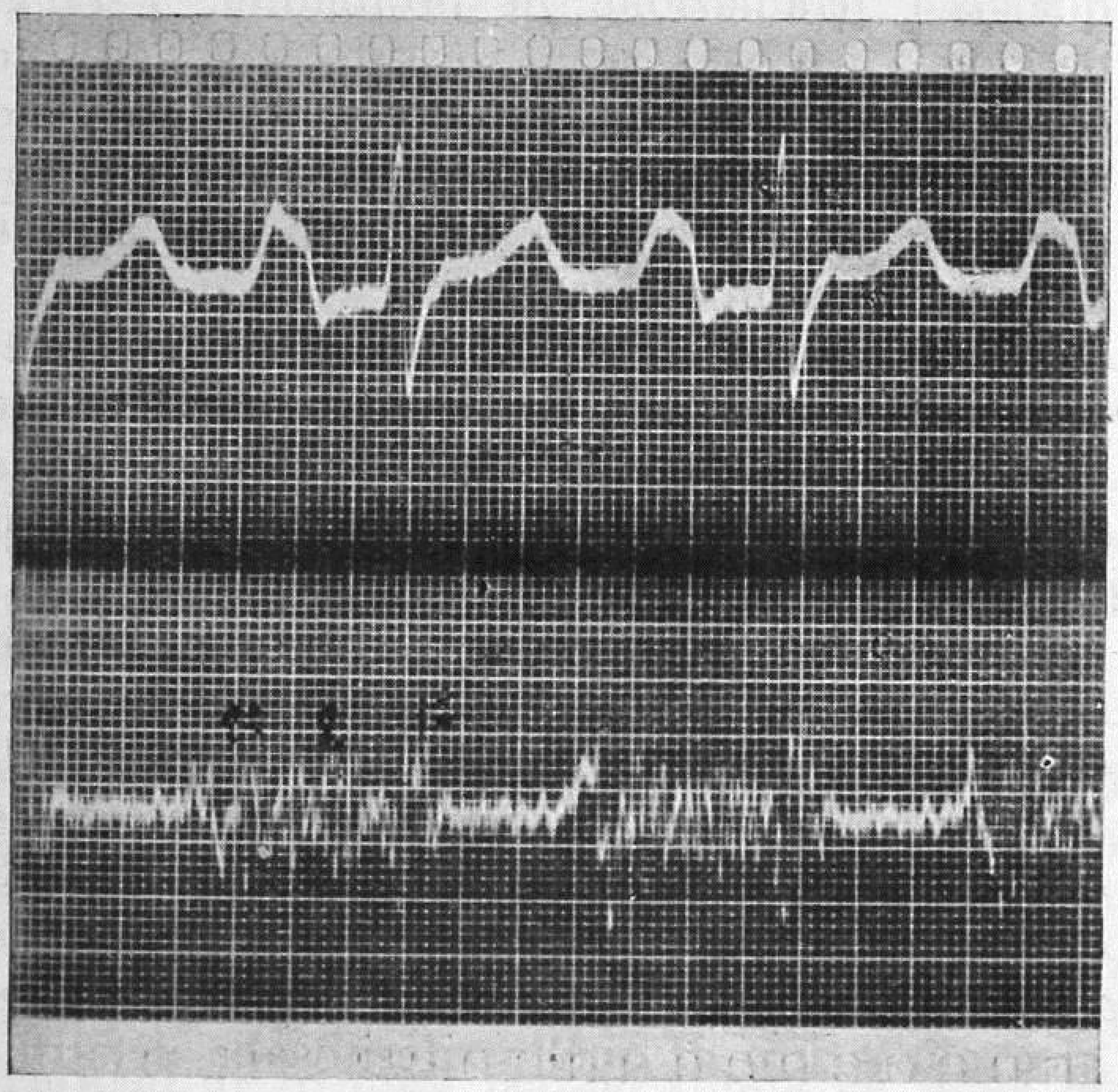


FIG. 2.

nosi mitralica che possa servire a meglio identificare questo vizio valvolare di quanto era già noto, ciò però non toglie che questo metodo di indagine meriti ugualmente di entrare a far parte dei mezzi di indagine grafica del cuore poichè esso permette, come si è visto, uno studio dettagliato dei toni e dei rumori sia per quanto riguarda la loro durata sia per l'intensità come per l'esatta localizzazione di essi nella rivoluzione cardiaca.

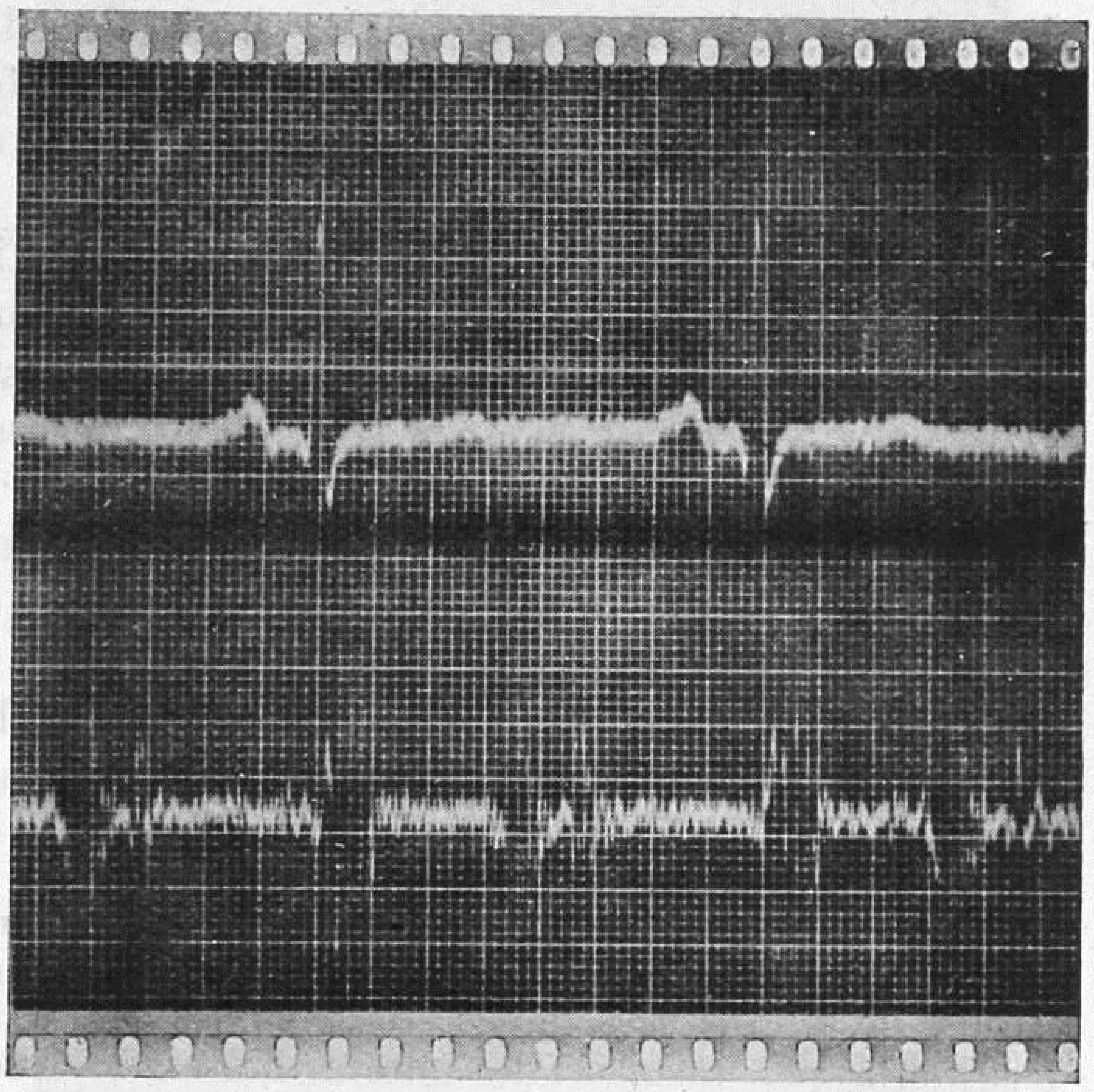


FIG. 3.

È sulla base di questi elementi che Lian ha creduto di portare un nuovo contributo allo studio del ritmo a tre tempi della stenosi mitralica. Egli distingue due varietà di questo

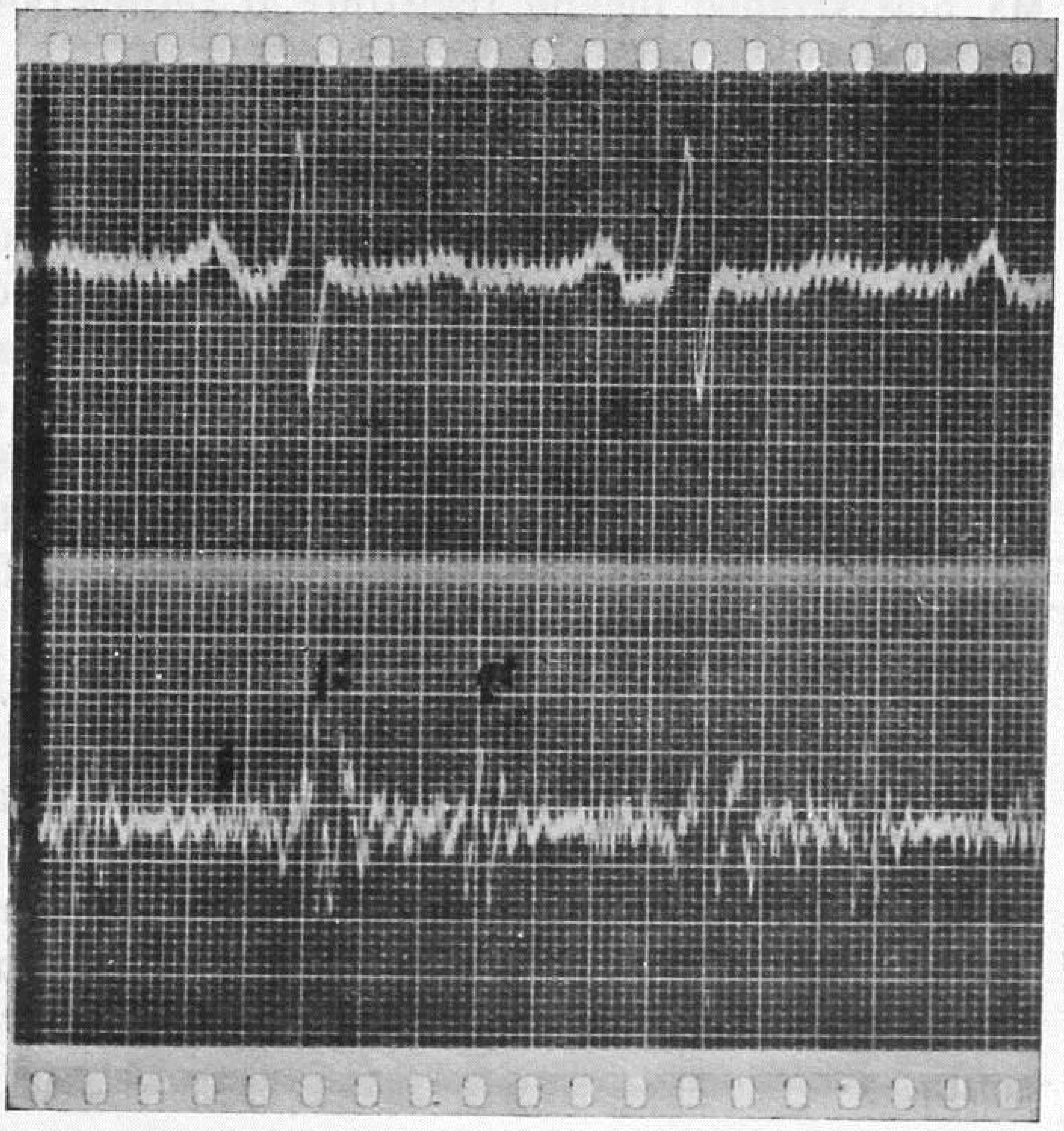


FIG. 4.

ritmo uno della base di origine sigmoidea dovuto allo sdoppiamento del II tono che si osserverebbe nei 4/5 dei casi ed uno apicale che si osserverebbe in 1/5 dei casi e che sarebbe

dovuto ad un rumore aggiunto diastolico di origine mitralica.

Ma anche in ciò non crediamo possa ravvisarsi alcun che di nuovo. È pacifico che lo sdoppiamento del II tono alla base sia di origine sigmoidea; e che il ritmo a tre tempi della punta fosse dovuto ad un rumore diastolico di origine mitralica era anche noto fin dal secolo scorso nel quale Potain descrisse il fenomeno col nome di « claquement d'ouverture de la mitrale ».

Concludendo adunque la fonocardiografia della stenosi mitralica non modifica ma comprova solamente quanto era già noto su questo vizio valvolare e sul ritmo a tre tempi che esso presenta.

La fonocardiografia non fornisce un tracciato tipico della malattia bensì tracciati di aspetto diverso, che noi abbiamo distinto in tre tipi i quali rispecchiano le varietà cliniche dei fenomeni stetoacustici che la malattia può presentare.

P. S.: Al momento di andare in redazione compare sulla *Rivista Argentina di Cardiologia* uno studio di Braun Menendez che adopera come riferimento per il tracciato fonocardiografico quello meccanico della giugulare poichè ritiene non rispondente allo scopo l'elettrocardiografico.

Non ci sembra questa la sede per discutere sulla esattezza del giudizio, ma a parte le enormi difficoltà che molto spesso si incontrano per ottenere un buon tracciato venoso, ci domandiamo perchè debba esser questo il tracciato che meglio riproduce i diversi momenti del ciclo cardiaco. Ma non sarebbe meglio registrare il cardiogramma in decubito laterale sinistro?

RIASSUNTO.

L'A., ha fatto uno studio fonocardiografico della stenosi mitralica adottando come tecnica la registrazione simultanea del fono e dell'elettrocardiogramma. Dopo di avere accennato ai vantaggi che questo procedimento presenta su quelli finora in uso, ed ai risultati nei soggetti normali passa a descrivere quelli ottenuti nella stenosi mitralica.

Egli distingue tre tipi di grafica ciascuno dei quali presenta una impronta particolare. Lo studio di essi porta l'A., alla conclusione che la fonocardiografia, come mezzo moderno di indagine, non ha modificato ma solamente comprovato quanto già era noto sulla stenosi mitralica e sul ritmo a tre tempi che essa presenta.

BIBLIOGRAFIA.

LIAN. Annales de Médicine, 1933.
ID. Bullettin et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1934.
ID. Arch. Mal. Coeur, 1912.
DUCHOSAL. Soc. Biol., 1929.
ID. Arch. mal. du Coeur, 1929.
LUTEMBACHER. Presse Médicale, 1926.
STAEHL. Deutsch arch. f. Klin. Med., 1920.
FERRANNINI. Riforma Medica, 1934.
BRAUN MENDENDEZ. Revista Argentina de Cardiología, 1934.
GALLAVARDIN. Arch. mal. du Coeur, 1912.
MOZER et DUCHOSAL. Arch. mal. du Coeur, 1930.
MARGOLIES e WOLFERTH. The Heart Journ., 1932.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO RADIOTERAPICO ITALIANO - FIRENZE

Considerazioni circa gli effetti dei raggi Gamma sul sistema pilifero in condizioni normali e patologiche (*).

Prof. VINCENZO PALUMBO

La terapia irradiante ha trovato nella pelle fin dal suo avvento un ottimo terreno di studio clinico, fisico, biologico ed anatomo-patologico: l'osservazione delle modificazioni determinate dalle varie irradiazioni nella sua compagine considerata come organo a sè e dei suoi singoli annessi, è stata feconda di risultati sia nel campo puramente scientifico che in quello pratico.

Il dosaggio biologico dei raggi viene oggi riferito alla pelle e precisamente è alla determinazione del classico eritema cutaneo che noi ci riferiamo: se si considera inoltre che, per qualsiasi irradiazione in profondità, i raggi debbono attraversare il tessuto cutaneo, ne consegue l'importanza rappresentata da questo organo non soltanto in radiobiologia ma anche — e principalmente — in rapporto al fine ultimo nel campo terapeutico.

L'eritema cutaneo non può essere considerato però come *testo biologico assoluto* per le differenze che continuamente si osservano nella sua determinazione: non è una dose *standard* secondo la denominazione inglese.

Lavorando col Radium e somministrando con una tecnica appropriata una dose di raggi Gamma, inferiore a quella provocatrice dell'eritema, osserviamo una *reazione biologica costante*: la caduta dei peli. Questa *dose di epilazione* potrebbe rappresentare — secondo la mia modesta opinione — un dosaggio biologico più sicuro di quello riferito alla determinazione *dell'eritema cutaneo*.

(*) Comunicazione fatta al 1° Congresso Internazionale di Radiobiologia, Venezia, 10-15 settembre 1934-XII.

Se pratichiamo infatti un'irradiazione di Radium su tutto il cuoio capelluto, osserviamo al termine di circa tre settimane un *defluvium* completo dei capelli; l'epilazione avviene assolutamente a *freddo*, senza alcuna alterazione del tessuto cutaneo clinicamente apprezzabile.

Le fotografie (v. fig. 1-2-3) che presento riguardano appunto il caso di una bambina sottoposta a Radium-epilazione per tricofizia del cuoio capelluto. Il ritorno dei capelli rappresenta un dato di fatto altrettanto sicuro del *defluvium* con questo particolare importante: la rinascita è costituita da elementi più abbondanti,

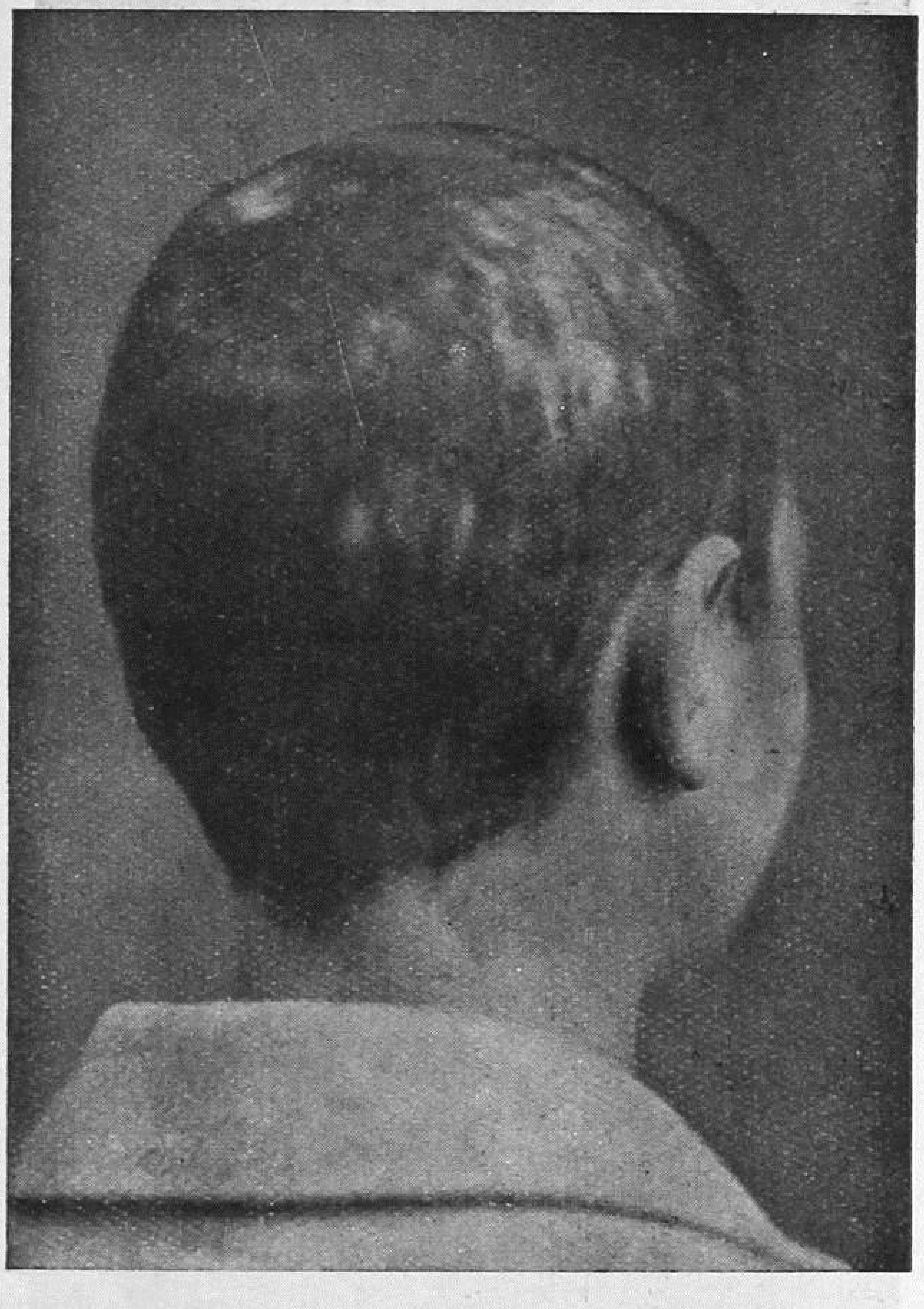


FIG. 1.

più robusti, a colorito più marcato e spesso riccioluti. Proietto la terza fotografia del caso presentato che è la migliore affermazione del mio asserto.

In casi nei quali l'irradiazione ha dovuto essere ripetuta, come ad esempio per successivi contagi di tigna, la rinascita dei capelli ha presentato le stesse caratteristiche.

La fotografia che presento riguarda una bambina sottoposta a 3 Radium-epilazioni nel periodo di 18 mesi perchè affetta da tigna favosa: la seconda irradiazione è stata praticata perchè non era guarita nonostante il *defluvium*, e la terza in seguito a nuovo contagio (v. fig. 4).

Soggetti con capelli bianchi che hanno subìto il *defluvium* per irradiazioni praticate sulla testa per necessità varie, assistono alla rina-

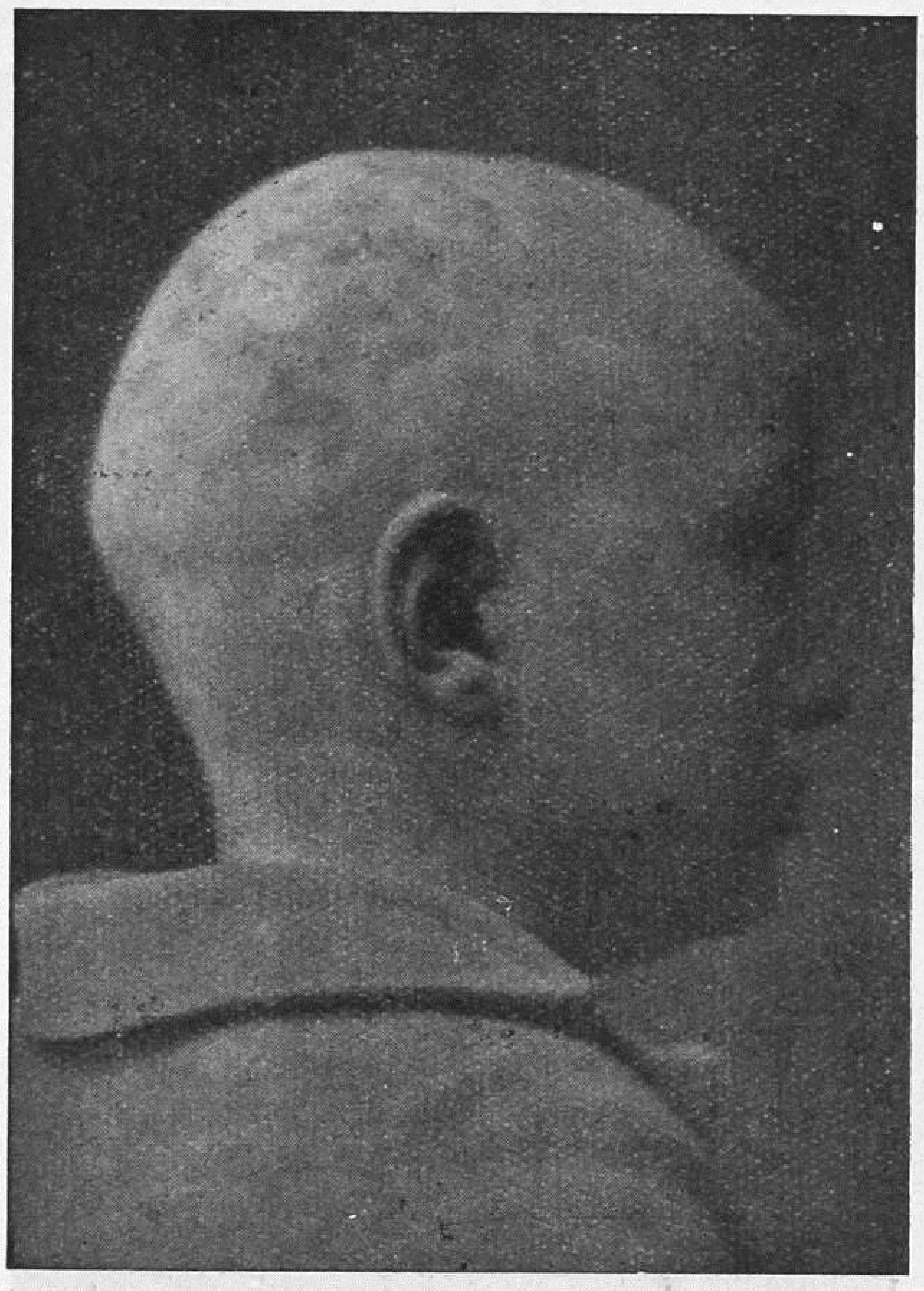


FIG. 2.

scita di capelli neri in quantità superiore ai bianchi caduti, e spesso riccioluti (fig. 5);



FIG. 3.

constatazione osservata anche in soggetti che avevano oltrepassato il 70° anno di età (V. figure 6 e 7).

Raccolti questi dati durante molti anni di esperienza personale, studiati i vari soggetti in

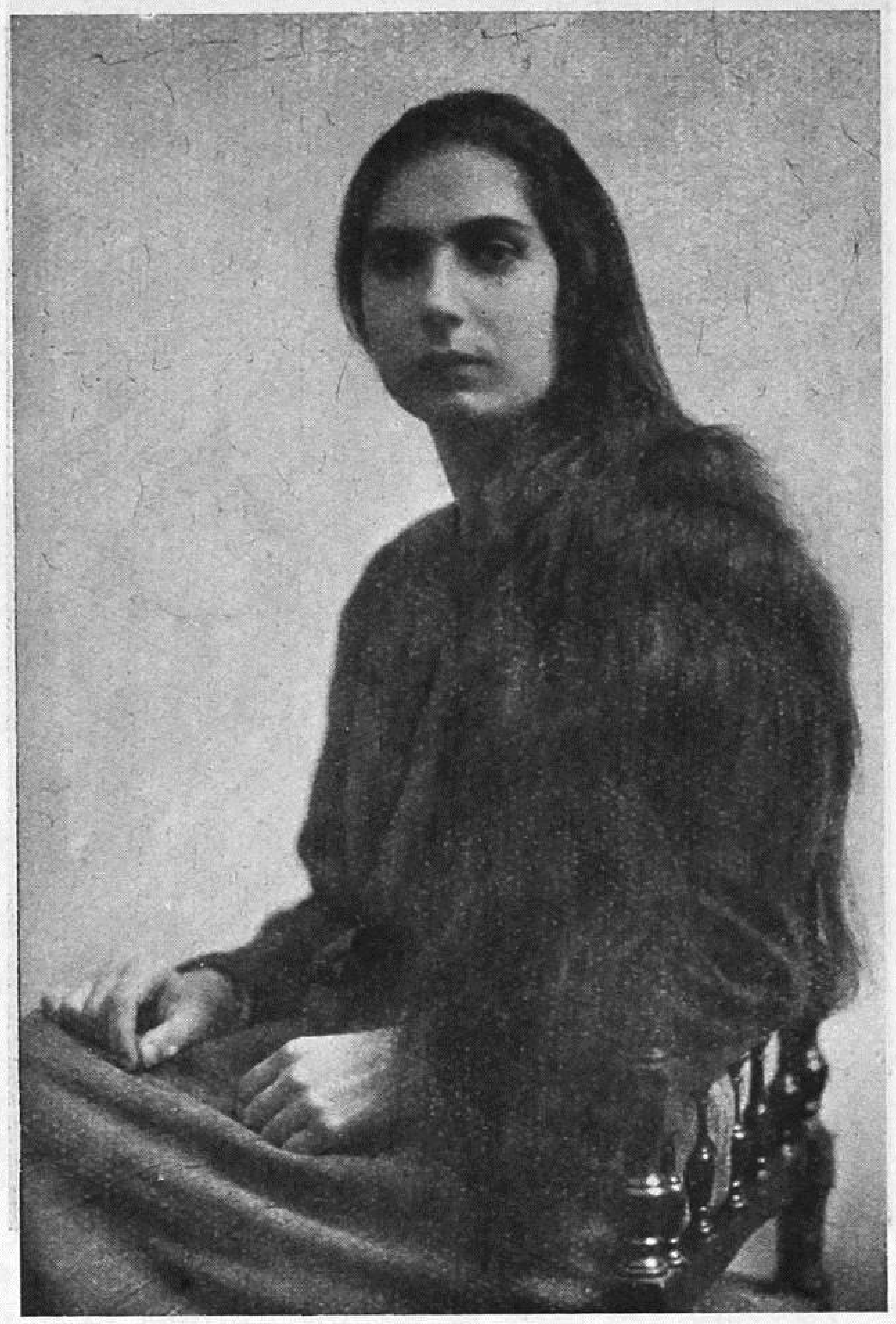


FIG. 4.

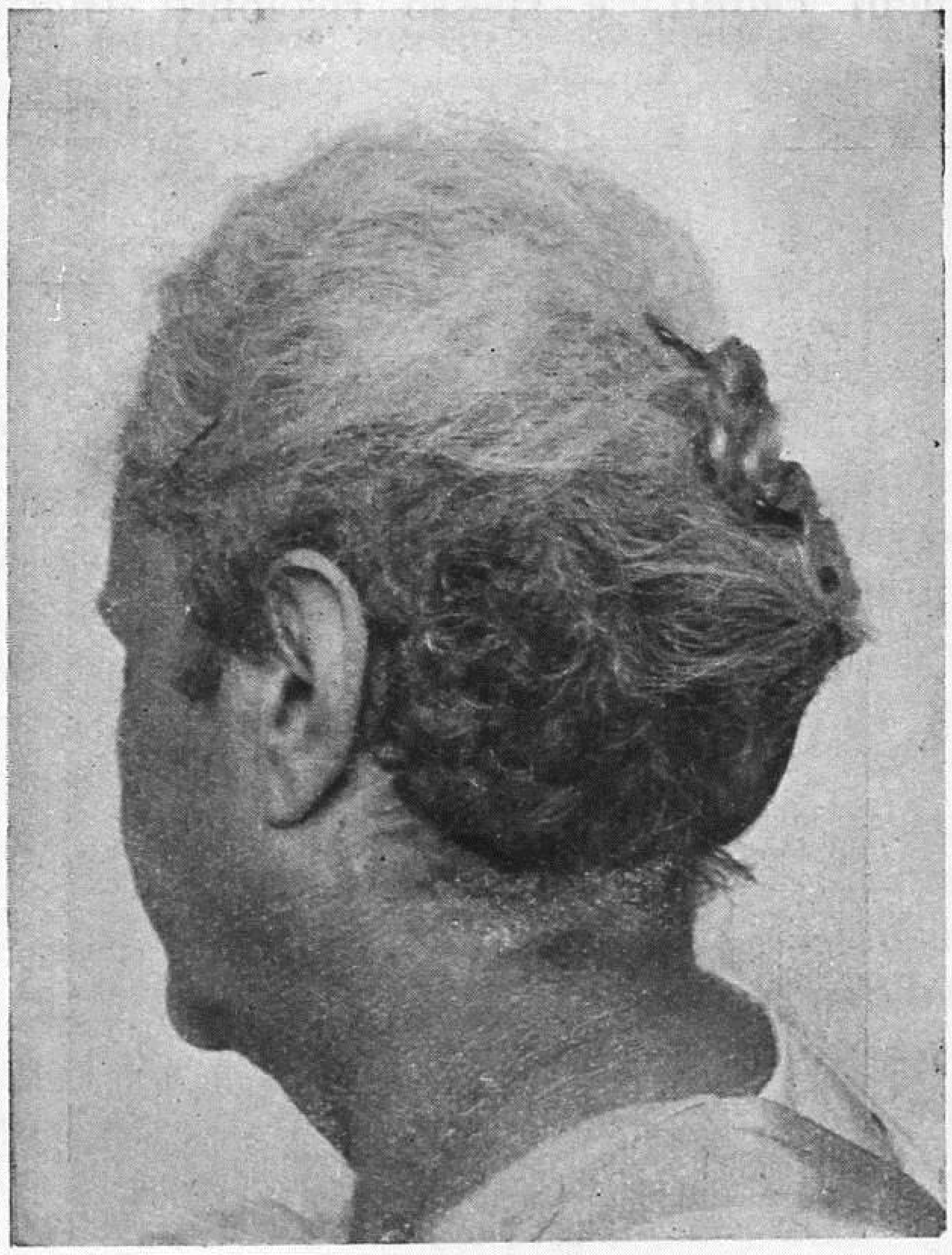


FIG. 5.

riguardo ai loro poteri reattivi con particolare attenzione alle turbe del sistema endocrino-simpatico, applicata largamente la tecnica terapeutica in soggetti di tutte le età dai 2 ai 70 anni, decisi di intervenire nel primo caso di alopecia resistente ai soliti mezzi di cura locali e generali, che si sarebbe presentato alla mia osservazione.

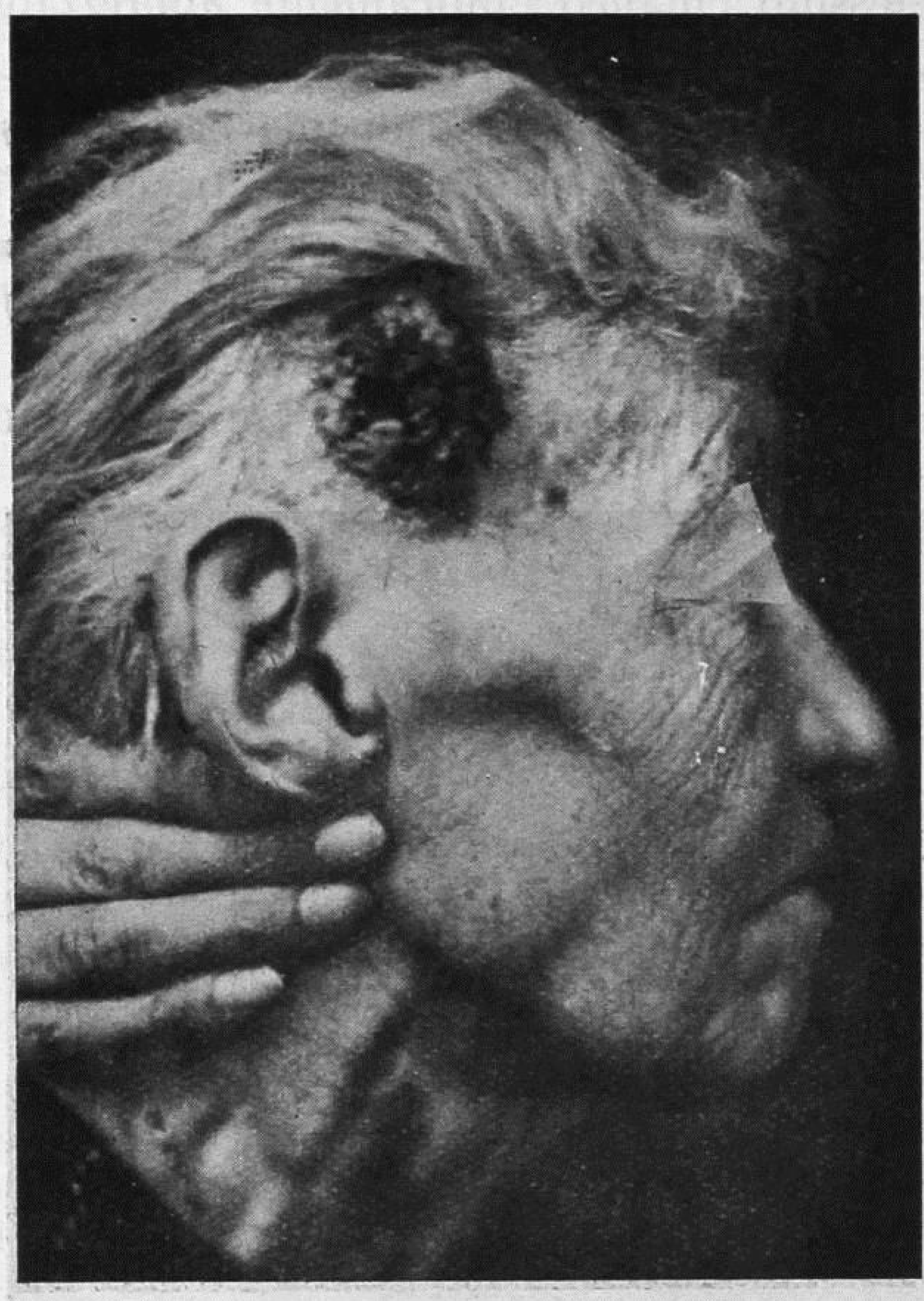


FIG. 6.

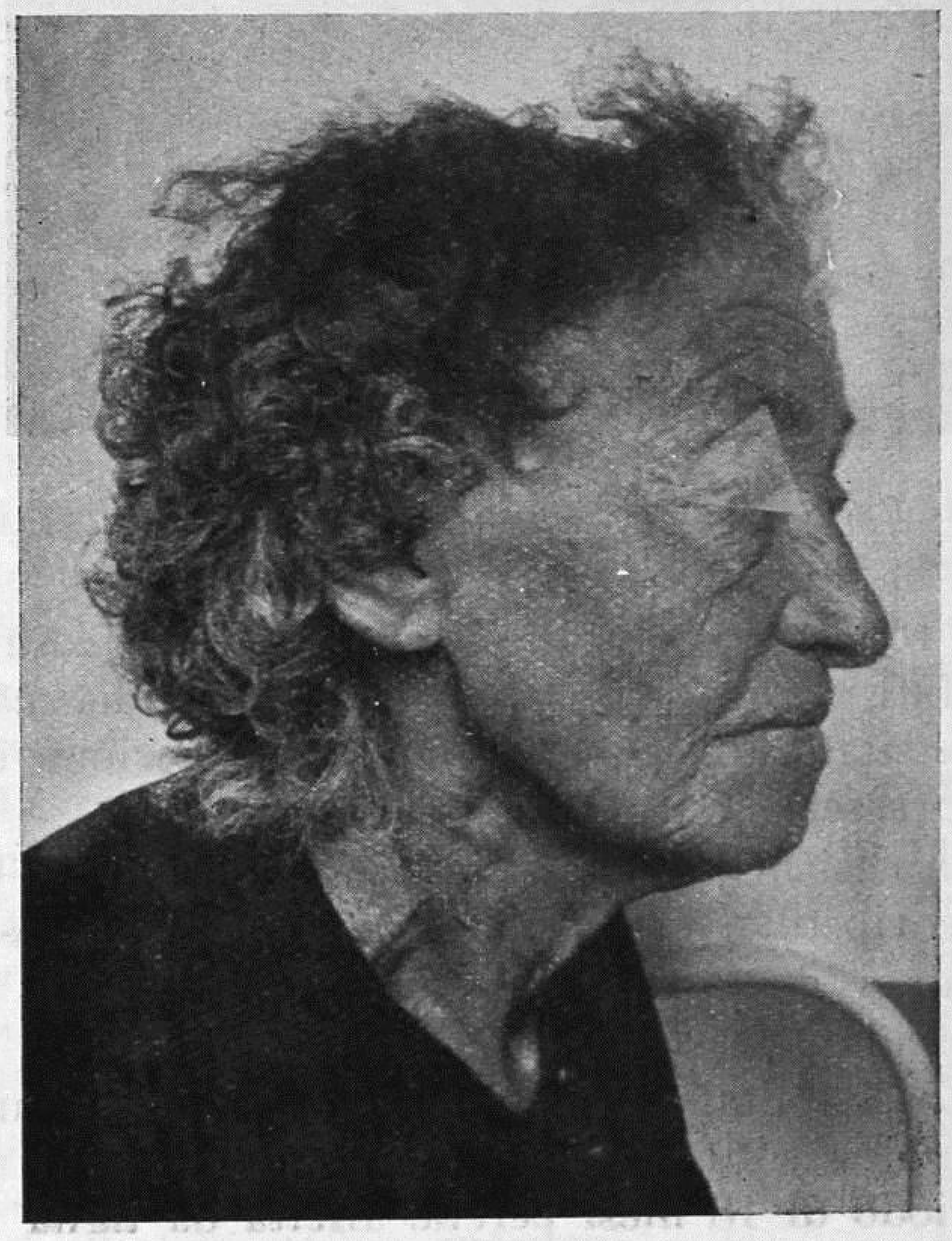


FIG. 7.

Ed infatti il tentativo terapeutico è stato possibile sulla Paziente della quale riferisco brevemente la Storia clinica.

B. L., di anni 21, da Firenze, nubile.

Anamnesi familiare: madre sofferente di calcolosi renale.

Anamnesi personale: a 17 anni difterite. Poi nessun'altra malattia di carattere.

Mestruata a 13 anni, le mestruazioni sono state sempre irregolari per durata e per quantità: talvolta scarse, tal'altra abbondanti e prolungate.

Tre anni fa in seguito ad un trauma psichico cominciò a notare caduta dei capelli iniziatasi dal vertice e poi pian piano diffusasi a tutto il cuoio capelluto che rimase completamente glabro dopo sei mesi (v. fig. 8 e 9).

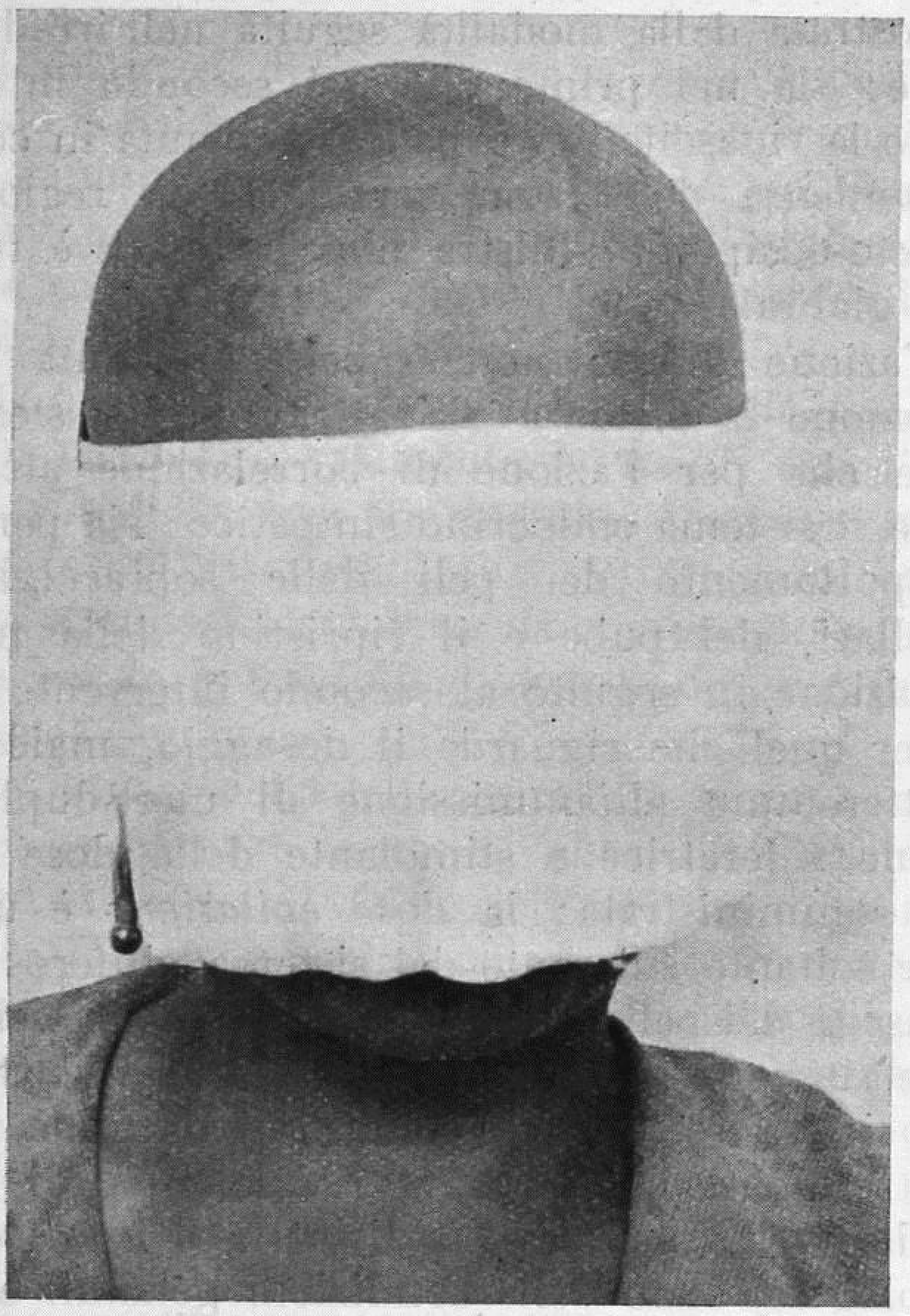


FIG. 8.

Contemporaneamente alla caduta dei capelli, la paziente cominciò a notare anche la caduta dei peli della faccia laterale di tutti e due gli avambracci in modo perfettamente simmetrico, e di una piccola zona circolare alla faccia anteriore della gamba sinistra.

In seguito, e cioè a distanza di 18 mesi, caddero contemporaneamente i peli dei sopraccigli mentre le ciglia rimanevano perfettamente indenni.

Più tardi la paziente notò la perdita di qualche pelo al pube mentre i peli delle due ascelle pur non cadendo diventavano più duri e più ispidi.

Visitata da diversi medici fin da principio, fu sottoposta ad irradiazioni con R. U. V. sul c. c. e ad intense cure arsenicali, fosforiche, nonchè ad opoterapia plurighiandolare senza alcun risultato. Inutili pure furono le frizioni locali di sostanze diverse.

Al suo ingresso in Istituto il 29 novembre 1933, la paziente presentava *defluvium* completo del c. c., assenza delle sopracciglia, assenza di peli ai due avambracci come sopra accennato, ispidi quelli delle ascelle e atrofici quelli del pube.

In seguito alla prima irradiazione praticata sulla metà del c. c. e a distanza di 4 mesi, si notò la rinascita parziale dei capelli nella zona irradiata,



FIG. 9.



FIG. 10.

e diversi peli erano rinati anche alla regione sopra ciliare destra (v. fig. 10).

L'11 aprile u. s. irradiammo l'altra metà del c. c., quella sinistra, ma non completamente:

l'irradiazione venne praticata solo sulla regione contenuta entro il segno (v. fig. 11).

Dopo due mesi da questa seconda irradiazione, i

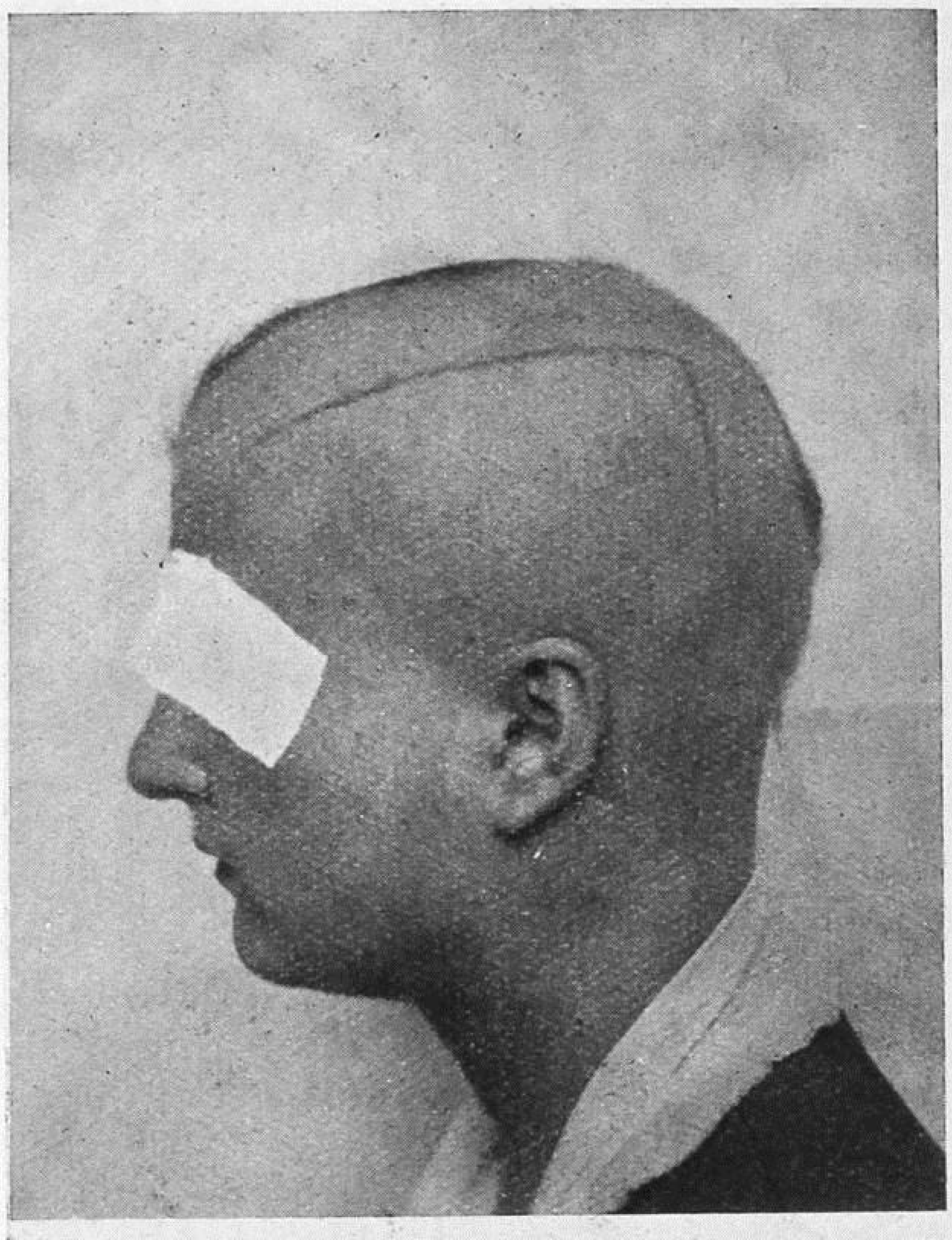


FIG. 11.

capelli incominciarono a rinascere anche da questa parte.

I disturbi mestruali sembrarono regolarizzarsi

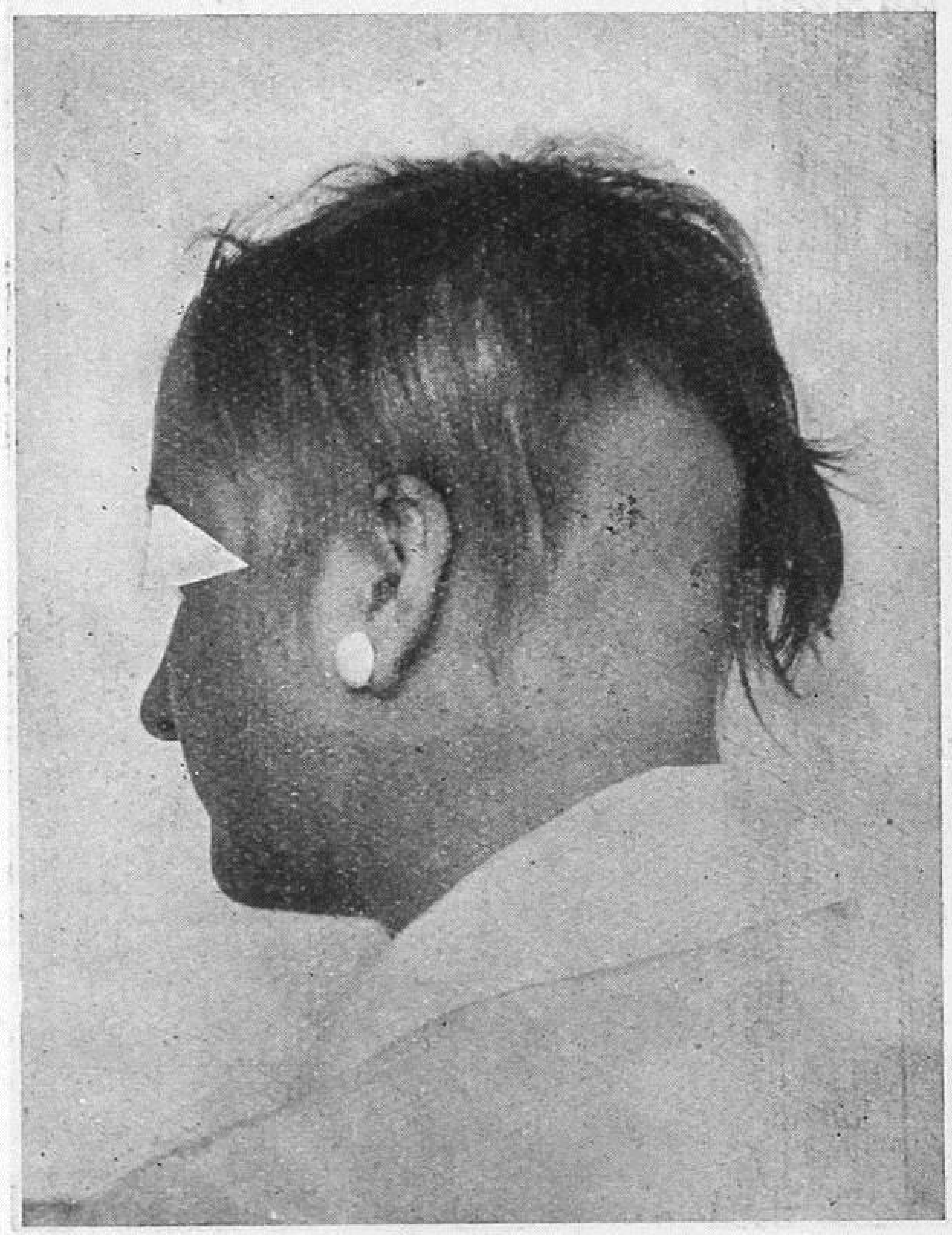


FIG. 12.

in seguito a questa seconda irradiazione e precisamente dall'aprile al luglio u. s.; si sono però dopo ripresentati coi caratteri di prima.

Attualmente i peli delle ascelle sono tornati normali, quelli degli avambracci completamente tornati e così quelli dei sopraccigli per quanto in maggior quantità al sopracciglio destro (corrispondente alla metà del c. c. prima irradiato). Anche la zona glabra della gamba sinistra si è ricoperta di peli in modo normale. Al pube invece i peli rimangono piuttosto radi.

Al c. c. le condizioni sono quelle riprodotte nella fotografia che presento (v. fig. 12).

Il caso illustrato si presta a qualche considerazione.

L'azione del Radium è stata diretta o indiretta? La prima ipotesi credo possa ritenersi dimostrata dalla modalità seguita nell'irradiazione: sia nel primo che nel secondo intervento la rinascita dei capelli è avvenuta in corrispondenza della zona irradiata: la regione parieto-occipitale sinistra non irradiata è tuttora glabra.

L'azione diretta non è però disgiunta da un'azione a distanza sia attraverso la stessa pelle che per l'azione di correlazione attraverso il sistema endocrino simpatico: sia per il comportamento dei peli delle sopracciglia, ascellari, del pube e il ripristino della mestruazione in seguito al secondo intervento.

Per quel che riguarda il dosaggio, male ci adatteremmo all'ammissione di una duplice azione sideratrice e stimolante della dose da noi somministrata: la *dose epilazione* è una *dose* soltanto siderante del sistema pilifero: la rinascita dei peli con le caratteristiche descritte deve ritenersi in rapporto alla reazione del tessuto irradiato che per condizioni d'ordine vario, inerenti la peculiare funzionalità di alcuni annessi cutanei o addirittura il loro stato patologico, stato delle condizioni generali ecc. si esplica con intensità differente: riteniamo infatti che ogni soggetto reagisce in modo suo particolare all'azione dei raggi.

La peluria che ricopre le nuove chiazze di *defluvium* che sono la caratteristica più evidente dell'alopecia depone per una rinascita pronta dei capelli contrariamente a quanto avviene nelle forme non irradiate.

La Paziente è tuttora in periodo di osservazione: è in programma, anzichè un'irradiazione parziale della zona non ancora trattata, una seconda irradiazione generale su tutto il cuoio capelluto sul cui esito conto riferire al II Congresso di Radiobiologia.

RIASSUNTO.

L'A. riferendosi agli effetti biologici provocati dai raggi Gamma sul cuoio capelluto espone i risultati terapeutici ottenuti in un caso di alopecia totale in soggetto muliebre sottoposto a tali irradiazioni: correda la sua esposizione con diverse fotografie.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA
OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA
Sala BACCI — Primario: Prof. A. NAZARI

Tumore primitivo del polmone con trombosi neoplastica della cava superiore fino all'orecchietta.

Dott. A. FABRIS, aiuto.

Il disturbo di circolo della cava superiore si può considerare complicazione non frequente del cancro primitivo del polmone, se Samek (1933) nel suo accurato studio sull'occlusione della cava superiore, ne ha potuto raccogliere complessivamente 21 casi.

Di questi 14 figurano raccolti nella tesi di Krauss (1894) e solamente in tre di essi l'occlusione della cava era dovuta a trombosi neoplastica del vaso; negli altri si trattava di semplice trombosi secondaria da compressione, dovuta per lo più a linfoghiandole dell'ilo, infiltrate da tumore.

Dei 7 casi della letteratura più recente, raccolti da Samek, in tre si ebbe l'infiltrazione neoplastica della vena. Nel complesso quindi sei casi di trombosi neoplasica della cava superiore da carcinoma primitivo del polmone (Dorsch, Beck, Willigk, Schrötter, Weinberger, Dana).

Vero è che queste cifre devono essere aumentate di qualche unità se si tien conto di tutti i casi raccolti in lavori o tesi speciali di cui non è sempre facile o possibile la ricerca bibliografica. E infatti Dana (1922) calcola complessivamente a 36 i casi di occlusione della cava superiore da carcinoma del polmone, pubblicati anteriormente al suo. Fra questi, 34 sono raccolti nella tesi di Fischer (1901) e precisamente 20 di carcinoma polmonare propriamente detto e 14 di carcinoma bronchiale; e due casi sono quelli comunicati successivamente da Rauth (1911). Bisogna aggiungere però che dei 20 casi di cancro del polmone, raccolti da Fischer, solo in 4 si hanno, in base all'esame microscopico, prove sicure della natura della lesione; gli altri restano, secondo Fischer, d'interpretazione dubbia. Volendo quindi scartare questi ultimi, il numero complessivo si avvicina sensibilmente a quello di Samek. Tuttavia anche ammesso che i casi riportati da questo autore coincidano esattamente con quelli riportati da Dana, andrebbero sempre aggiunti ai 21 casi di Samek, i due casi di Rauth che non figurano di fatto nella sua raccolta bibliografica.

Ma a parte queste lievi differenze, si può tuttavia concludere, in base allo scarso numero delle osservazioni, che realmente il disturbo di circolo della cava superiore non rappresenta una evenienza comune nelle neoplasie bronco-polmonari.

E dallo studio bibliografico risulta che è specialmente il carcinoma bronchiale quello che più facilmente porta a lesioni occlusive della cava superiore: 15 casi di carcinoma bronchiale contro 6 di carcinoma polmonare propriamente detto, secondo Dana. Inoltre in tutti i casi riportati, ad eccezione di due o tre, il tumore prendeva origine dal polmone o dall'ilo destro.

Anche nel caso di nostra osservazione si trattava di un carcinoma bronchiale a punto di partenza dall'ilo destro, con diffusione al mediastino e infiltrazione neoplasica della cava superiore.

Il caso merita di essere illustrato non tanto per la sua rarità quanto perchè è stato possibile formulare in vita, anche in assenza di fenomeni riferibili a una lesione bronco-polmonare, una precisa diagnosi patogenetica e si è potuto stabilire con esattezza, in base allo studio del circolo collaterale, la estensione e la sede dell'occlusione della cava superiore.

Riporto brevemente la storia clinica dell'infermo:

E. L. di anni 77, da Roma, fonditore.

Nulla di notevole nell'anamnesi familiare. Coniugato con donna sana, da cui ha avuto cinque figli, dei quali due viventi e tre morti in età infantile di malattie che il paziente non sa precisare. Bevitore e fumatore moderato. In gioventù blenorragia guarita in breve tempo. Nega lues.

Ha sempre goduto ottima salute, se si eccettua una polmonite sofferta in età di 67 anni, guarita in pochi giorni.

La malattia attuale è cominciata circa un mese prima dell'ingresso in ospedale. Insieme con una sensazione vaga di oppressione respiratoria, specie nel fare le scale, della quale però il paziente soffriva già da qualche tempo, piuttosto rapidamente, nel termine di due o tre giorni egli ha notato la comparsa di un gonfiore al dorso delle mani che si è esteso rapidamente agli arti superiori d'ambo i lati, al collo e al torace, insieme a una colorazione bluastra della cute del viso, specie alle labbra e alle orecchie. Inoltre tosse stizzosa, spesso accessionale, con scarso espettorato, non emorragico.

Nei giorni seguenti il gonfiore è aumentato. L'affanno è diventato più molesto, comparendo anche in riposo e ad accessi di breve durata, specie dopo la tosse. Non febbre nè altri disturbi particolari. Il paziente non ha notato modificazioni della voce. Deglutisce bene. Diuresi e alvo regolari. Entra in ospedale il 9 agosto 1933.

All'ingresso egli presentava: condizioni generali gravi, sensorio vigile, decubito ortopnoico. Edema e cianosi intensa del viso, del collo, degli

arti superiori e del torace (edema a pellerina). Accenno al collare di Stokes. L'edema è specialmente evidente alle palpebre e al dorso delle mani, dove la pressione del dito lascia una profonda fovea: è un poco più accentuato a destra che non a sinistra. La cianosi è diffusa pur essendo più intensa alle labbra, alle orecchie e alle dita delle mani. Anche le mucose congiuntivale e oro-faringea sono di colorito bluastro; la lingua oltrechè cianotica, appare ingrossata, turgida, con impronte dentarie evidenti, leggermente patinosa. Non si notano emorragie. Non dita a bacchetta di tamburo. Con l'aspetto su descritto contrasta quello dell'addome e degli arti inferiori: quivi la pelle si presenta di colorito piuttosto pallido, sottile, sollevabile in larghe pliche, con pannicolo adiposo pressochè assente.

Ai lati del tronco, una per lato, traspaiono due grosse vene che dall'inguine si dirigono verso la regione ascellare, del volume di una matita, turgide, non tortuose; con la pressione digitale è facile mettere in evidenza che in esse il sangue circola dall'alto al basso. Altre vene di minor calibro si notano verso la linea mediana con direzione dall'epigastrio alle parti laterali e inferiori dell'addome. Intorno all'apofisi ensiforme e lungo le arcate costali, d'ambo i lati, si nota un fitto intreccio di sottili venule ectasiche.

Nulla di notevole a carico dell'apparato linfatico. Muscolatura ipotrofica, tonica. Sviluppo scheletrico normale.

Polso di frequenza 100, ritmico, uguale, di media ampiezza, a tensione non aumentata. Non *pulsus differens*.

Respiro di frequenza 28, affannoso, con stridore espiratorio.

Torace ampio, simmetrico, con modico aumento del diametro antero-posteriore, rigido. F. v. t. trasmesso ovunque debolmente. Suono di percussione ipofonetico su tutto l'ambito: alla base destra ottusità per l'altezza di circa tre dita trasverse. Sulla zona ottusa il respiro è pressochè abolito, altrove è fievole con espirazione prolungata, accompagnata da rumori secchi sparsi.

Cuore: itto non visibile nè palpabile. Con la percussione la punta si delimita al V spazio sulla mammillare. L'aia cardiaca appare nei limiti normali. I toni sono netti alla punta, alquanto deboli sui focolai della base: non si ascoltano rumori aggiunti. Non si ascoltano toni o rumori cardiaci al difuori dei normali focolai di ascoltazione.

Riduzione di suono ai lati del manubrio sternale, al livello del primo e secondo spazio intercostale, per l'ampiezza di un dito trasverso, più accentuata a destra. Non si raggiunge l'aorta al giugulo.

Non fenomeno di Olliver, nè di Cardarelli.

L'addome si presenta depresso, con cicatrice ombellicale infossata; è ben trattabile e indolente in tutti i quadranti. Non segni di versamento libero. Gli organi ipocondriaci non si palpano. Voluminosa ernia inguino-scrotale destra, riducibile, non contenibile.

Negativo l'esame del sistema nervoso.

In conclusione si rilevano all'esame clinico i segni di un grave disturbo di circolo a carico della cava superiore con idrotorace destro; inoltre la presenza di una ottusità parasternale, la quale, possiamo aggiungere, non è attribuibile, in base al solo esame fisico, ad aneurisma.

Ricerche collaterali e di laboratorio: Nulla di anormale all'esame delle urine. Pressione arteriosa (braccio sinistro): Mx 125, Mn 85. Nell'espettorato assente il bacillo di Koch; assenza di elementi riferibili a neoplasma. Reazione di Wassermann nel siero di sangue negativa. Nessuna speciale alterazione all'esame ematologico: formula leucocitaria normale (eosinofili 2 %). All'esame laringoscopico lieve iperemia del laringe: non disturbi motori a carico delle corde vocali.

Esame radiologico: Opacità basilare del campo polmonare destro, riferibile a modico versamento pleurico. Campo polmonare sinistro normale: accentuazione lieve del disegno polmonare d'ambo i lati. Il cuore si presenta di volume e configurazione normale. Il peduncolo vascolare appare alquanto spostato verso sinistra per la presenza di una massa a forte intensità d'ombra, la quale occupa il mediastino posteriore e la regione paramediastinica destra. I contorni dell'ombra sono abbastanza regolari in alto; in basso invece il margine appare frastagliato e si confonde con gli elementi dell'ilo polmonare (fig. 1).

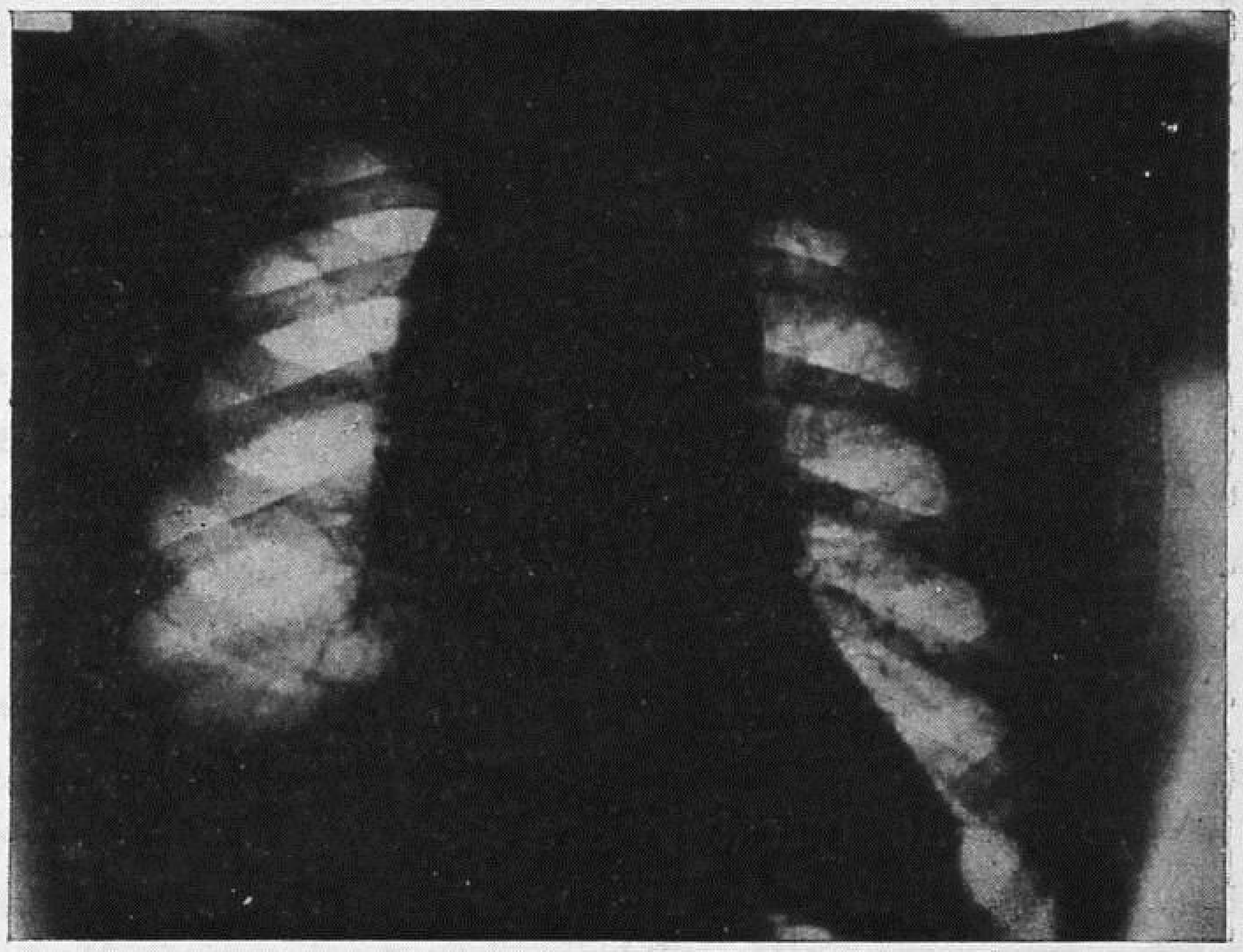


FIG. 1.

L'ombra mediastinica non appare dissociabile nelle varie proiezioni da quella del fascio vascolare; non è però pulsante.

Il paziente è stato sotto la nostra osservazione dall'agosto 1933 fino al gennaio 1934, epoca in cui è venuto a morte.

Nelle prime settimane successive all'ingresso abbiamo assistito a un progressivo e abbastanza rapido riassorbimento degli edemi, al punto che dopo un mese il paziente presentava tutt'altro aspetto da quello con cui si era presentato all'inizio. L'edema è scomparso in maniera completa all'arto superiore sinistro; a destra il riassorbimento, pur essendo cospicuo, è stato incompleto, residuando all'avambraccio e al braccio un lieve ispessimento dei tegumenti sotto forma di edema duro. Anche alla faccia e al collo la diminuzione dell'edema è stata notevolissima fin quasi alla scomparsa.

Insieme col riassorbimento degli edemi, si è notata anche una diminuzione apprezzabile della cianosi e della dispnea, e in genere dello stato subiettivo dell'infermo.

Nel nostro malato però, mentre si aveva un compenso completo o quasi nelle condizioni di assoluto riposo, l'equilibrio si turbava immedia-

tamente al più piccolo sforzo, come quello ad es. di cambiar posizione nel letto. Allora bruscamente si accentuava la cianosi e insorgeva dispnea di tipo soffocativo. In occasione di un secondo esame radiologico praticato nel novembre, tali disturbi furono così gravi che tememmo di perdere il paziente.

Degli altri disturbi notati spesso in infermi di tal genere e da attribuire alla stasi, nel nostro caso poco o nulla abbiamo notato, salvo un lieve abbassamento della voce e un certo grado di sordità che però, secondo l'infermo, preesisteva alla malattia.

L'intelligenza si è mantenuta sempre integra; solo nelle ultime settimane e in maniera transitoria è stato notato un certo grado di sonnolenza e a volte vaniloquio.

A carico dell'apparato respiratorio la tosse è stato il sintoma più tormentoso per l'infermo, spesso ad accessi, accompagnati o seguiti da crisi dispnoiche talora intense. L'espettorato di aspetto banale muco-purulento, solo di rado si è presentato lievemente emorragico: mai però con l'aspetto di gelée di lampone, nè con elementi che, all'esame microscopico, deponessero per il tumore.

Ciò nonostante è precisamente verso la diagnosi di un probabile carcinoma polmonare a estrinsecazione mediastinica che ci siamo orientati durante lo studio dell'infermo.

E infatti l'insieme dei dati anamnestici, clinici e radiologici portavano ad escludere con molta probabilità tutte le altre cause di occlusione della cava superiore.

L'aneurisma aortico che è certamente una delle lesioni più facili a provocare una sindrome mediastinica e quindi un disturbo di circolo della cava, si poteva facilmente eliminare nel caso nostro per l'assenza assoluta di ogni dato in suo favore; l'assenza di precedenti anamnestici che deponessero per la lues, la R. W. negativa, la mancanza di segni obiettivi di aneurisma o di aortite, e infine i dati dell'esame radiologico: ombra a contorni irregolari, non pulsante.

Le mediastiniti fibrose, specie la luetica e la tubercolare, si potevano anche escludere per un insieme di dati sopratutto indiretti: quella luetica in gran parte per le stesse ragioni con cui si poteva escludere l'aneurisma; quella tubercolare per l'assenza di ogni precedente tubercolare nella vita dell'infermo, per l'età avanzata, per la breve durata della malattia, per l'assenza di febbre, per la mancanza del bacillo di Koch nell'espettorato. Sarebbe riuscito molto difficile ammettere che una mediastinite luetica o tubercolare avesse dato manifestazione di sè in età di 77 anni e in assenza di ogni precedente, anche sospetto, dell'una o dell'altra infezione.

La flebite primitiva della cava superiore, a parte la rarità, non poteva entrare in discussione per il semplice fatto che nel nostro caso l'esame clinico e radiologico dimostravano in maniera certa la presenza di una massa in sede mediastinica, alla quale bisognava di necessità subordinare il disturbo di circolo della vena cava.

Processi primitivi di tipo iperplastico o infiammatorio a carico delle ghiandole del mediastino (linfoma leucemico, linfogranuloma) o neoplastici in senso stretto (linfosarcoma) apparivano poco probabili per un insieme di dati negativi per ciascuno di essi sui quali ritengo superfluo insistere, ma sopratutto per la constatazione clinica che in lesioni di tal genere, quando si arriva alla sindrome di compressione mediastinica, esistono di solito all'indagine radiologica masse voluminose, a opacità omogenea, a margini netti curvilinei o policiclici; l'aspetto cioè, secondo l'espressione di v. Bergmann del « grande » tumore mediastinico.

Nel caso nostro invece la neoformazione mediastinica piuttosto circoscritta, con ombra radiologica a margini irregolari, frastagliati, in rapporto evidente con le formazioni dell'ilo polmonare, facevano ammettere come molto probabile, anche in assenza di segni certi di lesione polmonare, che la sindrome mediastinica fosse da attribuire a un carcinoma di origine polmonare. Questa diagnosi ha trovato infatti conferma all'esame anatomico.

Autopsia (14-1-1934): All'autopsia che fu parziale, essendo il cadavere richiesto dalla famiglia, si è proceduto alla evisceratio toracica. Nella pleura di destra esisteva modico versamento sieroso tenue. Non esistevano aderenze pleuriche fibrose antiche.

Dagli organi così ottenuti fu facile distaccare, sezionando il bronco e i vasi, il polmone sinistro che non presentava alterazioni all'infuori di un certo grado di enfisema con edema e congestione.

Pericardio di aspetto normale con scarsa quantità di liquido e scarse deposizioni fibrinose in corrispondenza della sua porzione riflessa sui grossi vasi.

Cuore di volume normale; punta formata esclusivamente dal ventricolo sinistro. Epicardio normale con scarse piccole chiazze e nodi pigmentati ocracei in corrispondenza dell'inizio dei grossi vasi. Grasso sottoepicardico conservato. Miocardio ed endocardio parietale e valvolare normali sia nel cuore destro che nel sinistro. Discreta dilatazione dell'atrio destro con ispessimento cronico fibroso dell'endocardio. Nell'atrio destro lo sbocco della cava superiore appariva occluso da una massa trombotica che sporgeva per breve tratto in essa, a guisa di polipo. Tale trombosi appariva completamente occludente il lume vasale. Lieve aterosclerosi degenerativa dell'aorta.

Meno facile riuscì il distacco del polmone destro dagli organi mediastinici, poichè questo aderiva intimamente nella sua parte superiore ai tessuti peritracheale, peribronchiale e periaortico, che apparivano fortemente sclerotici, involgendo gli organi suddetti.

Nelle sezioni a tutto spessore all'altezza dell'arco dell'aorta, il tessuto sclerotico giungeva fino alla tiroide e conteneva residui di glandole linfatiche antracotiche. Detto tessuto lasciava inoltre riconoscere nel suo spessore la sezione della vena cava superiore, di forma ellittica, fusa col tessuto sclerotico circostante e col lume completamente occluso da una trombosi organizzata. Le stesse alterazioni si diffondevano in alto, dove nei tagli a tutto spessore si vedeva involto dal tessuto sclerotico, oltre il tronco della cava, anche la vena anonima di destra.

Il tessuto sclerotico si diffondeva verso l'ilo del polmone senza però approfondarsi nell'organo; il quale, nella parte corrispondente all'ilo e alla parte media del lobo superiore, presentava una zona non molto estesa di tessuto necrotico che appariva già macroscopicamente di natura neoplasica.

La sezione del bronco principale all'ilo non presentava alterazioni degne di nota. Completamente normale l'esofago.

Nel resto del polmone nessuna alterazione all'infuori dell'enfisema, della congestione e dell'edema già notati nel polmone sinistro.

Esame istopatologico: Le sezioni microscopiche praticate in corrispondenza della parte necrotica del polmone destro, dimostravano la necrosi completa del tessuto polmonare, delimitata da una zona di tessuto neoplasico che aveva sostituito il tessuto polmonare e che si presentava con una struttura di aggruppamenti alveolari, ellittici, più o meno allungati, fino a sembrare tubulari, con lumi di forma irregolare, rivestiti da epitelio cilindrico monostratificato. I lumi apparivano ripieni di scarsa sostanza mucosa e di epiteli desquamati. Le formazioni alveolari erano distinte fra loro da un tessuto connettivo fibroso sclerotico, più o meno antracotico.

Immagini analoghe si riscontravano anche nelle sezioni praticate in corrispondenza dei bronchi principali che presentavano infiltrazione neoplasica con gli stessi caratteri della precedente, in tutto lo spessore della parete, con diffusione ai tessuti peribronchiali.

Le sezioni microscopiche, praticate in corrispondenza del tessuto sclerotico periilare del polmone e mediastinico, offrivano l'aspetto istologico di un cancro scirroso con enorme quantità di tessuto connettivo fibroso interstiziale compattissimo, nella massa del quale si vedevano numerose travate di cellule epiteliali neoplasiche, d'aspetto polimorfo, molto differenti dall'epitelio neoplasico nettamente cilindrico che rivestiva i lumi della neoformazione alveolare già descritta in altre parti del polmone.

Le sezioni microscopiche delle ghiandole linfatiche dell'ilo e del mediastino le dimostravano di poco aumentate di volume e col tessuto linfoide quasi completamente sostituito da tessuto epiteliale neoplasico, avente in alcuni punti i caratteri di quello già descritto come cancro scirroso, in altri punti l'aspetto alveolare con epitelio cilindrico monostratificato.

Le sezioni microscopiche della vena cava nel suo decorso nello spessore del connettivo sclerotico del mediastino col quale appariva completamente fusa, dimostravano la diffusione dell'infiltrazione cancerosa a tutto spessore nelle pareti del vaso, non solo ma anche nel tessuto risultante dalla organizzazione della trombosi completamente occludente del vaso stesso. Questa trombosi che, come si è detto, occupava tutto il decorso della cava superiore, oltrepassando lo sbocco dell'azigos fino all'atrio destro, vi terminava con una trombosi recente poliposa, le sezioni microscopiche della quale dimostravano anche questa invasa verso la sua base d'impianto da infiltrazione neoplasica.

In base all'esame istologico risulta quindi confermata la diagnosi di tumore epiteliale maligno di origine bronchiale con diffusione al mediastino e trombosi neoplasica della cava superiore. La genesi bronchiale appare evidente laddove il tessuto neoplasico, mancando fenomeni di metaplasia, si presenta con i suoi caratteri originari di epitelio cilindrico monostratificato a disposizione alveolare.

Il caso sopra illustrato si presta ad alcune considerazioni di qualche rilievo. Da segnalare innanzi tutto la natura e la sede della lesione: come nella grande maggioranza dei casi, riportati nella letteratura, di occlusione della cava superiore da tumore primitivo del polmone, si trattava anche qui di un carcinoma bronchiale a punto di partenza dall'ilo destro.

E si comprende facilmente come fra le neoplasie del polmone siano quelle che prendono origine dai bronchi e specialmente dai bronchi di destra quelle che, dati i rapporti di vicinanza, più facilmente e più direttamente possono provocare disturbi di circolo nella cava superiore.

Tanto più evidenti nel caso nostro questi rapporti fra il neoplasma e la vena cava in quanto la prima e si può dire unica manifestazione clinica della malattia è stato appunto il disturbo di circolo della vena.

In altri termini la malattia del nostro paziente si è imposta all'osservazione clinica fin dall'inizio e durante il suo decorso essenzialmente come una sindrome mediastinica, non preceduta nè accompagnata da disturbi o da segni obiettivi clinici e radiologici che potessero far ricercare nel polmone il punto di partenza della lesione. E soprattutto assenza assoluta di tutto quel complesso sintomatico, dovuto alla stenosi bronchiale e che è la manifestazione più tipica di lesioni di questo genere.

L'indagine radiologica con mezzi di contrasto (lipoiodol) avrebbe forse potuto fornire elementi utili per una diagnosi di certezza, ma le condizioni del paziente non hanno permesso l'impiego di questo mezzo diagnostico. Ciò nonostante a me pare che il caso illustrato dimostri chiaramente come in assenza di fenomeni morbosi che depongano per un tumore polmonare, si possa tuttavia in alcuni casi arrivare a una diagnosi di grande probabilità, quando si tratti di sindromi mediastiniche insorgenti in soggetti di età avanzata e in cui lo studio clinico e radiologico accurato permette di escludere le altre cause di compressione mediastinica.

Riguardo al disturbo di circolo della vena cava, è noto come nelle occlusioni di questo vaso si dia grande importanza per la esatta localizzazione dell'ostacolo, alla presenza o meno di una evidente circolazione collaterale superficiale toraco-addominale. Quando questa esiste si può ritenere, salvo rare eccezioni (casi di Krauss, di Schrötter, citati da Samek) che al disturbo di circolo partecipi anche la vena azigos (così detta circolazione anazigotica) e che quindi l'ostacolo nella vena cava sia localizzato nella porzione intrapericardica del vaso, in tutta vicinanza dell'orecchietta. Con tanta maggiore probabilità si può ammettere in que-

sti casi che l'ostacolo interessi anche l'azigos, quando al notevole sviluppo della circolazione superficiale, si associano, come nel caso nostro, segni di versamento nella pleura destra; nonostante che da qualcuno si ammetta che versamento pleurico possa prodursi anche senza occlusione, ma solo in conseguenza di un semplice aumento di pressione nel territorio della vena azigos (vedi altro caso di Schrötter, citato da Samek). Nel caso nostro comunque l'azigos al suo sbocco e per un certo tratto era come murata nel tessuto sclerotico mediastinico, infiltrato dal tumore.

Altro fatto interessante nel caso di nostra osservazione è quello della rapida scomparsa degli edemi e della cianosi nelle prime settimane successive all'ingresso; fenomeno che tuttavia si può considerare quasi la regola nelle occlusioni della cava superiore, in quanto è stato notato dalla grande maggioranza degli autori e va attribuito esclusivamente al compenso effettuato dalla circolazione collaterale. Che il compenso in alcuni casi possa essere completo o quasi, è dimostrato dagli esempi numerosi di sopravvivenza anche lunga dell'infermo, come ad es. in un caso di Comby, citato da Dana, in cui il malato sopravvisse ben 15 anni all'occlusione della cava superiore.

Nel nostro malato abbiamo ragione di ritenere che il disturbo di circolo sia cominciato parecchio tempo prima di quello che non risulti dall'anamnesi, per il fatto che quando il malato capitò alla nostra osservazione ossia dopo circa un mese dalla comparsa degli edemi, esisteva già un circolo venoso collaterale evidente.

Probabilmente le cose si sono svolte in questa maniera: all'inizio si è avuta una trombosi lenta e progressiva della vena, non però occludente, ma per la quale tuttavia è cominciata la formazione di un certo grado di circolo collaterale. In secondo tempo e improvvisamente è sopravvenuta la trombosi occlusiva e in coincidenza con questa gli edemi e la cianosi. La scomparsa verificatasi successivamente, in così breve tempo, degli uni e dell'altra, si è potuta produrre con tanta rapidità solo in quanto esisteva già un circolo collaterale in formazione.

Un'altra particolarità degna di rilievo, sempre in tema di circolo collaterale, è stata nel nostro caso la presenza della cosidetta corona venosa di Schweninger, formata, come è noto, da un intreccio di venule ectasiche lungo il margine costale anteriore, di forma triangolare, con apice all'apofisi ensiforme. Questo fenomeno è stato notato più volte anche in casi in cui non esistevano disturbi di circolo a carico della cava superiore e quindi variamente interpretato dal punto di vista patogenetico. Ora nel caso nostro è evidente come esso non si possa non mettere in rapporto con la lesione occlusiva della cava superiore e va pertanto considerato come fenomeno strettamente legato alla formazione del circolo collaterale. E data la sede particolare di queste varicosità basitoraciche che si rivengono esattamente lungo il margine costale, seguendo la linea d'inserzione diaframmatica, vien fatto di pensare che esse rappresentino, almeno nel nostro caso, l'estrinsecazione cutanea di vie anastomotiche fra le vene diaframmatiche superiori, tributarie della cava superiore, e le vene diaframmatiche inferiori, tributarie della cava inferiore, e quindi una delle tante vie di derivazione del sistema cava-cava.

RIASSUNTO

L'A. riferisce sopra un caso di tumore primitivo polmonare con trombosi neoplasica totale della cava superiore, seguito da autopsia, e ne illustra le particolarità cliniche e anatomiche.

(Lavoro pervenuto in Redazione il 19 giugno 1934).

BIBLIOGRAFIA.

Una copiosa bibliografia sull'occlusione in genere della cava superiore è riportata nel pregevole lavoro di E. SAMEK: *L'occlusione delle vene cave.* Editore Cappelli, Bologna, 1933.

Per l'occlusione della cava da tumore primitivo del polmone, vedere anche:

BROWN L. Arch. of Surgery, 1930, pag. 959.

DANA H. Amer. Journ. of med. scienc., 1922, pag. 411.

POYNTON, PAYLING e LAURENT. The Lancet, 1933.

SCHRÖTTER L. *Erkrankungen der Gefässe.* Wien, 1901.

WEINBERGER M. Zeitschrf. f. Heilk., 1901, XII.

TECNICA

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PERUGIA
Direttore: prof. R. SILVESTRINI

Metodo facile di preparazione della sospensione di pigmento coroideo per la melanoreazione di Henry nella malaria.

R. SILVESTRINI.

Henry nel 1927 ha esposto al Congresso Medico di Costantina una reazione, che egli ritiene specifica per il siero di sangue di malarici, consistente in una flocculazione che si ottiene mescolando il siero con sospensioni di melanina o con soluzioni di albuminato o metilarsinato di ferro.

L'Henry ha proposto un metodo per preparare la sospensione di melanina, metodo che in successive pubblicazioni è venuto modificando e perfezionando. In principio ha pestato in mortaio coroide di bue, ha aggiunto acqua, ha lasciato depositare per 24-36 ore, ha decantato, ha aggiunto alla sospensione formolo in quantità di 1 %; questa sospensione madre veniva diluita 11-12 volte al momento di usarla. Poi ha proposto di centrifugare per 7-8 minuti la sospensione madre prima di usarla con centrifuga a 4000 giri.

Più tardi l'Henry ha dato queste precise norme allo scopo di preparare la melanina per la melanoflocculazione:

1) dopo eliminazione del cristallino, raschiare la coroide, raccogliere liquido gelatinoso e melanina;

2) mescolare, aggiungere alla poltiglia due volte il suo volume di acqua distillata, triturare bene;

3) aggiungere formolo per la conservazione (1 su 100): può accadere che si abbia una certa precipitazione;

4) filtrazione attraverso lana di vetro poco pressata;

5) centrifugare il filtrato per 8 minuti a 4000 giri;

6) raccogliere il liquido nerastro soprastante al deposito per decantazione in recipienti sterili e conservarlo in ghiacciaia; agitarlo fortemente due volte la settimana: adoperarlo dopo un mese;

7) diluire al momento dell'uso la sospensione madre fino all'opacità corrispondente a quella di un tubo marcato 0,20 di una scala albuminometrica.

In una sua nota del 1929 l'Henry ha descritto le norme per la osservazione fotometrica, che secondo sua esperienza fa evitare il 4-5 % di errori.

Nello stesso tempo l'Henry ha dato anche norme precise per la ferroflocculazione adoperando Métharfer Bouty o albuminato di ferro Merck.

La soluzione deve essere a 1 per 1200 sterilizzata 3 o 4 giorni di seguito a 100°: il tempo di reazione ore 1,50 a 37° e 30 minuti a temperatura ambiente. Osservare dopo leggera agitazione.

Sebbene il valore della reazione di Henry per la diagnosi di malaria, dopo tante indagini di controllo, sia oggi quasi universalmente riconosciuto, quella reazione è stata spiegata finora in modo diverso.

Secondo l'Henry avrebbe valore di reazione immunitaria specifica. Ma Chorine e Gillier nel luglio 1933 provarono che conigli iniettati con melanina non fornivano un siero agglutinante sulle sospensioni di melanina in vitro, così come rimaneva inattivo siero di animali in cui si era prodotta una intensa emolisi: e il Groppali più recentemente ha fatto ricerche dello stesso genere, in modo più accurato, venendo a concludere che la melanina della coroide nel bue non dà luogo, iniettata nel coniglio, ad anticorpi specifici, e che i sieri di individui malarici con reazione di Henry positiva non deviano il complemento in presenza di sospensioni idroalcooliche di melanina.

Il Gille avendo potuto osservare una concomitanza assai frequente della formolgelificazione di Gaté-Papacostas, della superflocculazione all'acqua di Bramachari e della melanoflocculazione di Henry ha affermato che tutte queste reazioni sono l'espressione dell'attitudine di un siero a idrolizzare la sua euglobulina.

Più tardi il Chorine ha dimostrato che quattro reazioni serologiche sono in relazione con la ricchezza del siero in euglobuline ed influenzate dai rapporti euglobuline-pseudo-globuline, euglobuline-serine: la flocculazione del siero in acqua distillata (miscela 1 su 100), la formolgelificazione, la reazione del Vernes alla resorcina e la reazione di Henry. Chorine e Prudhomme studiando l'intensità di flocculazione col fotometro di Vernes-Bricq-Yvon hanno veduto che i sieri normali flocculano poco o punto, i sieri sifilitici leggermente, i sieri di malarici intensamente. Chorine, Prudhomme e Koecklin hanno trovato concordanza costante — studiando 66 sieri di malarici, 158 di normali, 130 di sifilitici — fra flocculazione del siero in acqua distillata e reazione di Henry.

Questa concordanza appariva chiara anche nel siero di malati di Kala-azar, in cui si ha

un notevolissimo aumento di euglobuline: mentre dei 66 malarici in 60 avevano trovato una flocculazione fra 35 e 60 (in 151 dei 158 normali la cifra non aveva sorpassato 10), in un caso grave di Kala-azar hanno veduto reazione di Henry: 186, reazione alla resorcina: 234, flocculazione nell'acqua distillata: 167, formolgelificazione fortemente positiva dopo 20 minuti. Auricchio e Chieffi hanno pure dimostrata la forte positività della R. H. nella leishmaniosi infantile.

Ho ragione di credere per ricerche serologiche già eseguite e per altre che si vanno facendo nell'Istituto da me diretto che la R. H. non si debba affatto ad anticorpi specifici formatisi nel siero di malarici, ma a speciali modificazioni chimiche indotte dall'infezione malarica nel siero di quegli ammalati.

La possibilità di trovare alterazioni consimili in altre infezioni (sifilide, Kala-azar) e la dimostrazione della comparsa della R. H. in animali infettati con virus diversi dimostrano che proprio una modificazione indotta nello stato chimico del sangue da varie infezioni in grado diverso è la causa del fenomeno osservato dall'Henry. Il Trenz ha visto infatti che la R. H. diveniva positiva nelle cavie infettate con *Trypanosoma berberum* e nei cani parassitati con la *leishmania*, il Chorine nei polli infettati con lo *Spirochaeta gallinarum*, lo Chwatt nelle cavie tubercolizzate con tubercolosi bovina. Il Chorine in una nota recentissima sostiene che la melanina nella reazione d'Henry giuoca soltanto la parte di indicatore e che la reazione positiva è dovuta soltanto a flocculazione di quel dato siero in acqua distillata o debolmente salificata: la presenza della melanina permetterebbe la lettura macroscopica della reazione quando nel liquido senza melanina la reazione sarebbe soltanto rivelabile col fotometro; cita una nota di Greig, Handry e van Rooyen, che sono giunti alle stesse conclusioni.

In ogni modo la costanza con cui la reazione d'Henry è presente nella malaria e l'intensità raggiunta da questa reazione nella infezione malarica (intensità superata, a quanto pare, soltanto dalla reazione con siero di ammalati di Kala-azar) dà alla reazione stessa un certo valore pratico. Ed ogni facilitazione di questa ricerca ne accresce la praticità.

Ricordando d'aver potuto estrarre bene pigmento da tumori melanotici sbattendo frammenti di tumore con etere, ho voluto provare ad estrarre nello stesso modo il pigmento della coroide di bue per preparare la sospensione necessaria alla reazione di Henry. Si ha nell'etere una sospensione di finissimi granuli di pigmento. Si versa volta a volta l'etere, in cui si sono sbattuti i lacerti di coroide, in imbuto a chiavetta in fondo al quale si sono prima messi alcuni cmc. di soluzione fisiologica. Il pigmento viene a depositarsi ed a formare uno strato fra la soluzione fisiologica e l'etere. Si apre allora il rubinetto, si raccoglie la soluzione fisiologica e il pigmento scartando l'etere; si sbatte il pigmento nella soluzione fisiologica, si allunga con altra soluzione fisiologica fin ad avere una debole opalescenza, si distribuisce la sospensione in tubetti ben puliti e si aggiunge a diluizione varia il siero da esaminare.

Ho ottenuto in questo modo con sieri di malarici precipitazioni intense, flocculanti dopo due ore di soggiorno a 37°. Se i tubi vengono osservati dopo tempo più lungo non bisogna dar valore a lievi depositi pulverulenti in fondo ai tubi: ha indubbio valore la precipitazione rapida, intensa, flocculante e la chiarificazione del liquido in paragone coi tubi di controllo.

La preparazione facile della sospensione di pigmento coroideo — che implica un lungo periodo di tempo e varie manipolazioni coi metodi finora in uso — renderà la reazione accessibile ad ogni medico pratico.

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver riassunto lo stato attuale degli studi sulla reazione melanoflocculante dell'Henry nella malaria, descrive un metodo d'estrazione coll'etere del pigmento coroideo che rende facile la reazione dell'Henry ad ogni medico pratico.

BIBLIOGRAFIA.

HENRY. Congrès pour l'avancement des sciences, Costantina, aprile 1927; C. R. de la Soc. de Biol. 1928, t. II, p. 819; Ibid., 1929, t. II, p. 26 e p. 1027.

CHORINE e GILLIER. C. R. de la Soc. de Biol., 1933, t. 2, p. 1419.

GROPPALI. L'Ospedale Maggiore, giugno 1934.

GILLE. C. R. de la Soc. de Biol., 1933, t. I, p. 334.

CHORINE. Ibid., 1934, t. 115, p. 290 e t. 116, p. 19 e p. 1256.

CHORINE e PRUDHOMME. Ibid., 1934, n. 3.

CHORINE, PRUDHOMME e Mlle KOECKLIN. Ibid., 1934, n. 27.

AURICCHIO e CHIEFFI. La pediatria, 1934.

TRENZ. Bull. de la Soc. de Path. exotique, 1932, p. 223.

CHORINE. C. R. de la Soc. de Biol., 1933, t. I, p. 1164.

CHVVAT. Ibid., 1934, n. 23.

GREIG, HENDRY, V. ROOYEN. The Journ. of exp. med. and Hyg., 1934.

CHORINE. C. R. de la Soc. de Biol. 1935, n. 4.

SUNTI E RASSEGNE

CHIRURGIA DEGLI ORGANI ENDOCRINI

La tiroidectomia totale negli stati di scompenso cardiaco e nella angina di petto. Tecnica operatoria.

(C. ANTONUCCI. *Rivista Italiana di Endocrino e Neuro-Chirurgia*, marzo 1935).

L'asportazione totale della tiroide sana in cardiopazienti scompensati ed in soggetti affetti da angina pectoris, è stata proposta ed attuata soltanto due anni fa da un gruppo di chirurgi americani, e precisamente prima da Blumgart, poi da Cutler e dalla sua Scuola: noi stessi ne abbiamo dato notizia in una recensione comparsa lo scorso anno su questo giornale.

Gli studi accurati pre- e post-operatori, la scelta dei casi in cui l'operazione è indicata, e sopratutto i buoni risultati ottenuti nei soggetti sottoposti ad una tale terapia stanno a dimostrare la legittimità di questo intervento, che può sembrare ingiustificato ed oltremodo audace per chi sia ancora imbevuto delle idee tradizionali sulla fisiologia della tiroide e non abbia seguito il movimento di revisione dei vecchi concetti sulla gravità della deficienza tiroidea dopo tiroidectomia totale, in individui senza segni di tireotossicosi e con metabolismo basale, in ogni caso, non inferiore a 15.

In questo suo lavoro l'A., sorvolando sulle basi teoriche che hanno condotto ad un tale intervento e dopo aver accennato ad alcune questioni di indole generale, e cioè alla necessità che la tiroidectomia sia veramente totale ed alla preferenza che egli dà alla simpatectomia cervico-toracica nella cura della angina pectoris senza vizio o scompenso cardiaco, viene a trattare della tecnica operatoria, della tiroidectomia totale, scopo principale di questo lavoro.

La descrizione della tecnica della tiroidectomia totale è scomparsa da tutti i trattati di tecnica chirurgica; anzi ogni trattatista ha cura di notare che la tiroidectomia non deve essere mai totale. In questi casi invece, poichè lo scopo dell'operazione è quello di ottenere lo stabilirsi di un ipotiroidismo, di un mixedema, che produca una specie di *vie au ralenti* come dicono i francesi, e cioè una vita a basso regime, con pochi bisogni e quindi con minori spese da parte del sistema cardio-vascolare, la tiroidectomia deve essere assolutamente totale.

L'A. ha eseguito recentemente due tiroidectomie totali, le prime del genere fatte con questa indicazione in Europa. Lo studio preparatorio dei malati, un uomo ed una donna, è stato fatto dal prof. Sebastiani, e da lui è stata posta l'indicazione all'atto operatorio.

La tiroidectomia totale in questi malati, nei quali si tratta di tiroide sana e quindi non aumentata di volume, è operazione strettamente anatomica, le cui più notevoli difficoltà sono date non dalla vascolarizzazione o dalla ricerca dei peduncoli vascolari, che sono naturalmente reperibili con molta facilità, ma sopratutto dai nervi ricorrenti e dalle paratiroidi.

Il nervo ricorrente è, nel secondo segmento della sua porzione ascendente, in rapporto intimo con il lobo laterale della tiroide; il riconoscimento di esso e dei suoi rapporti con gli altri nervi della regione durante l'intervento è facilitato dall'anestesia tronculare che l'A. adopera a preferenza di quella locale preconizzata dagli AA. americani e dal fatto che l'A. preferisce cominciare l'isolamento dei lobi tiroidei dall'esterno verso l'interno, e non dall'istmo verso l'esterno, come è fatto da qualche chirurgo americano.

È necessario quando il lobo ghiandolare è tirato in alto e verso l'interno ricercare attentamente il ricorrente; e la sua identificazione è relativamente facile quando l'emostasi sia accurata. È opportuno far parlare il malato, quando si è in prossimità dei nervi laringei inferiori, per avvertire i menomi cambiamenti di voce che potessero seguire ad uno stiramento o danneggiamento con pinze dei nervi stessi. Se un laringeo fosse stato danneggiato, bisognerebbe arrestare l'operazione alla emitiroidectomia, o, per lo meno, limitarsi a fare una asportazione sub-totale del lobo restante, per rispettare in maniera certa il nervo di questo lato.

Per quanto riguarda le paratiroidi è ben noto quanto sia difficile la loro sicura identificazione all'atto operativo e come sia possibile imbattersi in piccoli nodi tiroidei aberranti, che anche per la loro sede possono essere scambiati per le paratiroidi inferiori, e possono non essere riconosciute che all'esame istologico. La rarità e la relativa benignità delle manifestazioni ipoparatiroidee, che si sviluppano in qualche caso dopo paratiroidectomia totale, contrapposte alla notevole difficoltà di identificare le paratiroidi all'atto operativo, in modo da lasciare molto in dubbio l'operatore sull'averle o no rispettate, hanno fatto considerare all'A. la possibilità che esistano noduli paratiroidei aberranti, alla cui supplenza funzionale, più che alla conservazione delle paratiroidi, per dir così, delle descrizioni anatomiche classiche, sia dovuta appunto la mancanza o la benignità dei sintomi di insufficienza paratiroidea nelle paratiroidectomie totali: ricorda all'uopo il fatto importante messo in luce dal Pepere, della presenza di isolotti di tessuto paratiroideo lontani dalle ghiandole principali, dispersi nel ricco connettivo della regione cervicale. Malgrado però la certezza dell'esistenza di queste formazioni anatomiche, poco note, che spiegano, se-

condo l'A., la scarsezza delle manifestazioni ipoparatiroidee dopo l'operazione, bisogna porre ogni cura nel rintracciare per lasciarle in sito, le paratiroidi inferiori che sono quelle più facilmente riconoscibili. Secondo gli AA. americani, se vi fosse qualche dubbio intorno ad un pezzo di tessuto, che stesse per essere asportato, bisognerebbe fare di esso un piccolo prelevamento da servire per un preparato a congelazione, per decidere l'asportazione o meno.

Premesse queste avvertenze, la descrizione della tecnica operatoria è semplice e non esistono grandi differenze di procedimento fra i vari operatori. Grande importanza va data al punto anastesia: solo eccezionalmente può usarsi l'anestesia generale, la quale in linea generale è assolutamente da bandire. È utile preparare il malato con iniezioni di morfina o di suoi succedanei: questa preparazione dispone bene il malato, che diventa tranquillo e disposto a subire l'operazione in anestesia locale. L'A. ha preferito l'anestesia locale della cute e dei tessuti superficiali da incidere e sollevare e l'anestesia regionale del plesso cervicale per via laterale diretta che, quando è esattamente eseguita, dà un'anestesia perfetta superficiale e profonda di tutto il collo, specialmente delle regioni anteriori e laterale. Delimitato il campo operatorio, si pratica una incisione a cravatta, con punto medio a 2 o 3 cm. sopra la forchetta sternale, mentre gli estremi dell'incisione raggiungono d'ambo i lati il margine esterno degli sterno-mastoidei: l'incisione comprende pelle, sottocutaneo e muscolo pellicciaio. Mantenendosi aderenti alla faccia profonda del pellicciaio si scolla il lembo sup. molto in alto, ed un poco anche quello inferiore. I muscoli pretracheali possono essere semplicemente divaricati, ma l'A. preferisce sezionarli fra due pinze. Si scopre così tutta la tiroide: a questo punto è utile prendere il lobo della ghiandola, sulla quale si opera, con una pinza ad anello, sulla quale si fa trazione mentre che con un tampone montato si scolla la ghiandola dal tessuto grasso che la circonda. Si comincia, tirando sulla ghiandola in basso e verso l'interno, con l'isolare e tagliare, fra due legature, i vasi tiroidei superiori; così il polo superiore viene isolato e tirato giù nella ferita. Poi si procede alla liberazione del polo inferiore legando i vasi più superficiali, e si solleva la ghiandola in alto e medialmente. A questo punto bisogna procedere al riconoscimento delle ghiandole paratiroidee inferiori: le branche di diramazione dell'arteria tiroidea inferiore debbono essere prese separatamente ed in tutta vicinanza della capsula tiroidea stessa. È necessario in questo tempo dell'operazione far parlare il paziente, in modo da potersi accorgere tempestivamente di una eventuale sofferenza del laringeo. Una volta identificato il nervo, l'emostasi può farsi francamente, e, respingendo il nervo stesso in profondità, sollevando la ghiandola in alto e medialmente, la si distacca dalla trachea fino all'istmo. Dopo questo primo attacco unilaterale, sarebbe opportuno esaminare lo stato della corda vocale corrispondente. per arrestarsi a questo punto qualora tale esame rivelasse una lesione a carico del ricorrente: se tutto è a posto dal lato attaccato per primo si procede dall'altro lato con la stessa manualità e con le stesse accortezze. La tiroide rimane così aderente alla trachea sulla linea mediana. Non rimane che distaccarla completamente, facendo l'emostasi dei piccoli vasi. Dopo aver ricostituito i muscoli pretracheali ed averli ravvicinati sulla linea mediana con punti in catgut, si pongono due drenaggi di fili di seta a destra ed a sinistra nella loggia tiroidea e li si fanno uscire in basso ai lati della linea mediana; si risutura il pellicciaio con piccoli punti in catgut e si riunisce la cute con agraphes. I due malati operati dall'A. hanno sopportato ottimamente l'atto operativo.

G. LA CAVA.

Tiroidectomia nella leucemia linfatica cronica.

(W. DAMESHEK e H. L. BLUMGART. *New England Journal of Med.*, Boston, aprile 1934).

Gli AA. presentano un caso di una donna di 42 anni avente tutti i segni di una leucemia linfatica aleucemica e un metabolismo basale di + 65 %. La paz. era diminuita molto di peso, aveva profusi sudori, gravi disturbi nervosi e cardiaci, sintomi tutti riportati all'aumento notevole del metabolismo basale.

Dopo essere state espedite diverse cure generali (riposo a letto, terapia jodica, raggi X) senza ottenere alcun miglioramento, venne sottoposta all'asportazione completa della tiroide.

Dopo detto intervento, il metabolismo basale diminuì sensibilmente, scomparvero tutti i segni clinici, compresi i disturbi di circolazione. L'ammalata aumentò rapidamente di peso, i gangli linfatici e la milza regredirono fino a divenire di volume quasi normale. La formula del sangue ritornò quasi normale.

Gli AA. pur riconoscendo che a volte la malattia subisce delle remissioni spontanee, il fatto di aver notato un rapido miglioramento dopo l'intervento, li induce a credere che l'operazione abbia contribuito molto al buon esito.

Gli AA. sconsigliano questo trattamento in altre forme maligne di leucemia.

SCANDURRA.

Ipertensione parossistica; asportazione di un paranglioma estrasurrenale; guarigione.

(LERICHE. *Lyon Chirurg.*, n. 3, 1934).

L'A. ricorda come l'ipertensione parossistica è preceduta da crisi vasocostrittive senza

aumento della pressione arteriosa a cui poi si sostituiscono crisi d'ipertensione parossistica che dopo cedono il posto ad una ipertensione permanente che porta a più o meno breve scadenza a quelle complicazioni renali, cardiache, vascolari, cerebrali a tutti note.

Questa sindrome, legata alla presenza di un adenoma surrenale con cellule adrenalifere, è rara e scarse sono le osservazioni e più rari i casi operati.

Ch. Mayo, Porter, Shippeley hanno in simili casi asportato un tumore surrenale e guarito i loro ammalati. Vinarol ha fatto togliere in un suo infermo da Desmarest una surrenale apparentemente sana ed ha guarito il suo ammalato.

L'A. riporta il caso da lui osservato ed operato con successo: uomo di 41 a. presenta da 1 1/2 anno crisi quotidiane mattutine consistenti in violenti battiti al cuore, sensazione di vuoto all'epigastrio, estremità e viso fredde e livide, pulsazioni delle arterie visibili e dei globi oculari; la crisi durava circa 2 ore.

Visitato a Vienna fu pensato all'ipertensione parossistica da probabile adenoma della surrenale o paraganglioma; fu operato a destra, ed essendosi trovata la surrenale di questo lato normale, fu richiuso e rinviato senza miglioramento.

L'anno seguente Leriche lo opera a sinistra e trova anche qui la surrenale normale, mentre all'estremo inferiore dell'aorta, verso la sua biforcazione apprezza una tumefazione sferica come una ciliegia, completamente indipendente dalla surrenale, e che asporta, mostrandosi all'esame istologico come un tumore benigno d'origine cromaffine, un paraganglioma estrasurrenale, forse originato dal corpo di Zuckerkland. I giorni seguenti la press. Mx da 220 scese a 150 e non si sono più ripresentate le crisi sino ad oggi, cioè a 2 mesi dall'intervento.

Ritengo interessante il caso che ci informa come questi organi parasimpatici possono dare origine a tumori causa di crisi ipertensive parossistiche, al pari degli adenomi surrenali.

R. GRASSO.

INFEZIONI.

Contributo allo studio della malattia di Nicolas e Favre.

(C. PISACANE. *Arch. Ital. di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, gennaio 1935).

L'A. che ha avuto occasione di studiare vari casi tipici della malattia di Nicolas e Favre, richiama l'attenzione su tre punti: *a*) partecipazione della cute al processo morboso; *b*) allergia cutanea nella malattia di Nicolas e Favre; *c*) prove sperimentali di inoculazione della malattia.

Nei casi da lui osservati la cute partecipava sempre al processo, ma non si trattava di una partecipazione passiva, come clinicamente avrebbe potuto sembrare (conseguenza di una usura da parte della raccolta purulenta), bensì esistevano le note di un processo in atto, apprezzabile all'esame istologico, con la fisionomia caratteristica del processo linfogranulomatoso a localizzazione sopratutto perivasale e mesenchimale.

Frei scoperse nel 1925 uno speciale stato allergico proprio dei portatori di questa malattia, che li rende sensibili alla iniezione intradermica di un antigene specifico.

La intradermo-reazione di Frei ha notevolmente contribuito alla diagnosi della malattia di Nicolas e Favre ed alla sua individualità nosologica. L'antigene comunemente si prepara dal pus di gangli linfogranulomatosi e se ne inietta 0,1 per via intradermica. Dopo 24-48 ore se la reazione è positiva si nota nel punto dell'iniezione una papula rossa infiltrata, circondata da alone eritematoso; in alcuni casi si giunge alla formazione di una vescico-pustola od anche di un ascessolino. In tutti i casi da lui studiati, l'A. ha trovato una reazione di Frei costantemente positiva: egli asserisce che il momento più adatto all'apprezzamento è verso il 3° o 4° giorno. Egli ha inoltre controllato questa reazione in 100 individui con malattie varie ed è risultata sempre negativa. In base a questi risultati egli conclude che la reazione di Frei è da considerare altamente specifica.

L'A. riferisce infine sui risultati da lui ottenuti con la inoculazione di materiale linfogranulomatoso in animali di laboratorio e in due soggetti umani, prestatisi volontariamente.

Egli è riuscito a trasmettere il virus della linfogranulomatosi alle cavie e con materiale assai virulento ed ottenere in esse fatti meningo-encefalitici.

La inoculazione di spappolato di linfoghiandola nella cute dell'inguine di due leprosi produsse in 20ª giornata reazione ghiandolare molto evidente in un caso, meno nell'altro; dopo altri 20 giorni: focolaio tipico linfogranulomatoso con rammollimento in un caso, attenuazione dei fatti adenitici nell'altro. Se ne deduce che la recettività individuale ha certo notevole importanza.

VICENTINI.

Cura della difterite maligna.

(M. BRUGSCH. *Mediz. Klinik*, n. 8, 1935).

Negli ultimi tempi sono notevolmente aumentati i casi di difterite maligna: la mortalità arriva al 50 %. L'A. chiama maligne solo quelle forme nelle quali coesistono almeno due delle caratteristiche ritenute indici di malignità: estensione degli essudati, periadenite con edema, diatesi emorragica, notevole lesione renale, lesione cardiaca. La sieroterapia risulta inefficace in molti casi di difterite maligna, specialmente se essa viene fatta tardivamente: pure anche in questi casi si riesce, con una terapia razionale, a

salvare una parte almeno dei pazienti. Comportamento del polso e temperatura costituiscono buoni criteri diagnostici: i bambini con temperature di collasso (sotto i 37°) morirono tutti. I casi in cui la temperatura era elevata presentavano tutti un decorso grave, si riuscì però a salvare circa il 50 % dei malati. Un rallentamento del polso sotto i 60 dimostra che esiste un disturbo di conduzione, con prognosi infausta.

La sieroterapia frazionata, con intervalli brevi, di tre ore, diede ottimi risultati: su 16 casi di difterite così trattati, morirono soltanto tre. Nei casi leggeri o di media gravità si iniettano nei muscoli 500 U. I. per kg.; se il giorno dopo l'essudato non si è arrestato, si ripete la stessa o la metà dose. Nelle forme maligne la dose iniziale deve essere più alta, 800-1000 U. I. per kg. Se entro le seguenti 5-6 ore non si osserva una discesa della febbre, una regressione degli essudati e un miglioramento dello stato generale, si procede alla sieroterapia frazionata: iniettando ogni 3 ore (tranne che tra le 10 di sera e le 6 di mattina) 4000 U. I. Si continua così fino a che si constata una regressione degli essudati e una diminuzione delle tumefazioni glandolari, per lo più per 2-4 giorni. La malattia da siero non supera per intensità quella usuale. Nessun vantaggio particolare presentano i sieri misti: invece la polverizzazione locale di siero simbiotico sembra favorire la eliminazione degli essudati.

Oltre alla sieroterapia, si deve rivolgere particolare cura al sistema circolatorio. La tossina difterica produce precocemente i segni della paralisi vasale periferica: pallore cereo, raffreddamento periferico, apatia. A questi si aggiungono facilmente i segni di insufficienza cardiaca: tachicardia o aritmia, talvolta bradicardia, dilatazione del cuore, tumefazione del fegato e, sintomo clinico importantissimo, vomiti gravi. Questi sintomi si presentano soprattutto alla fine della prima e all'inizio della seconda settimana. È oltremodo importante che i bambini evitino di affaticare il cuore: legandoli con cintura si impedisce che essi si muovano troppo o si sollevino. Riposo a letto e calore uniforme sono necessari per 4 settimane nelle forme leggere, per 6 settimane e più nelle forme gravi di difterite maligna. Nei primi giorni di malattia sono necessari dei sedativi per combattere l'agitazione e l'insonnia. Tra i vari farmaci che agiscono sul sistema cardio-vascolare, i più utili sono il simpatol e la caffeina. È da evitarsi la digitale.

R. POLLITZER.

La cura della febbre ondulante.

(J. E. DEBONO. *Lancet*, 16 febbraio 1935).

La febbre ondulante è una delle affezioni più difficili a curarsi. Quantunque la mortalità sia bassa, la sua lunga durata e la frequenza delle recidive ne fanno una malattia molto fastidiosa per il paziente e per il medico. Molti metodi di cura sono stati tentati (sieri, vaccini, shock proteinico, chemoterapia ecc.), ma malgrado i successi entusiasticamente vantati, sta di fatto che nella quasi totalità dei casi la malattia segue il suo decorso capriccioso.

Nel 1929 Zammit procedendo all'immunizzazione delle capre constatò che il filtrato da lui operato a scopo profilattico aveva anche effetti curativi. Successivamente Burner e Couscil adoperarono largamente la melitina come mezzo di cura. I primi risultati, quantunque incoraggianti, furono incostanti. Ciò probabilmente si doveva alla bassa potenza del filtrato originario ed all'eccessiva cautela nell'uso delle dosi.

Nel triennio 1931-1933 fu fatta una larga esperienza con la brucellina ottenuta da Huddleson. Furono trattati complessivamente 105 casi, di cui 68 entro la prima fase pirettica, di solito a tre o quattro settimane di distanza dall'inizio della malattia.

La tecnica adoperata fu la seguente: si pratica innanzi tutto un'iniezione intradermica di 0,2 cmc. allo scopo di confermare la diagnosi e saggiare la reattività del paziente. Quindi si praticano le iniezioni curative intramuscolari con dosi iniziali proporzionali alla reazione locale e generale prodotta dall'iniezione intradermica: di solito un quarto o mezzo cmc.

Con una dose sufficiente la reazione termica è forte ed immediata. La temperatura comincia a salire dopo 6-12 ore e raggiunge il massimo dopo 12-18 ore, e di solito cade nel giorno successivo e nei casi più favorevoli al di sotto del normale. Contemporaneamente all'ipertermia si può avere cefalea, brivido e malessere generale.

Dopo 3-4 giorni si pratica una seconda iniezione di mezzo o un cmc. in relazione all'intensità della reazione. Nella maggioranza dei casi bastano due o tre iniezioni; una quarta si può praticare per precauzione e consolidare il risultato.

Le iniezioni possono essere praticate qualunque sia la temperatura del paziente.

I risultati variano con la fase della malattia e con la preparazione usata.

Durante la prima ondata di piressia si ottenne l'aborto dell'infezione in circa 68 casi. Nella maggioranza di tali casi la temperatura si abbassò definitivamente dopo tre o quattro iniezioni, in otto casi occorse una quinta iniezione.

Nei casi cronici gli effetti non sono così marcati. La reazione tende a divenire sempre più grave, donde la necessità di adoperare dosi più deboli. Questa suscettibilità è maggiore nei pazienti già trattati con i vaccini ordinarî. È relativamente facile a stroncare le ondate di febbre, ma questa tende a riapparire dopo un intervallo più o meno breve.

Di recente è stato possibile prevenire ulteriori recidive continuando le iniezioni anche durante il periodo apirettico. Dei 37 pazienti

di questo gruppo 20 reagirono soddisfacentemente, la febbre scomparve dopo una quindicina di giorni; in 6 il trattamento dovette essere abbandonato per la gravità della reazione; ed in 11 non si ottenne alcuna modificazione dell'andamento della febbre.

In una malattia come la febbre ondulante, che ha un decorso così vario ed una durata così indeterminata, è difficile poter stabilire il valore di un metodo curativo. Però nelle esperienze fatte i risultati furono così immediati, così netti e così relativamente costanti, da non poterli attribuire ad una mera coincidenza.

Successi analoghi sono stati ottenuti in America da Huddleson e Howard, che hanno pubblicato una serie di 80 casi trattati con la brucellina. In Francia è stata largamente adoperata la melitina e l'endoproteina specifica, e buoni risultati sono stati registrati da Montel, da Melnotte e Masson, e da Cambessédès e de Nattan-Larrier.

Sarebbe azzardato definire la melitina o la brucellina rimedî specifici, ma l'esperienza acquisita giustifica una larga applicazione di questo metodo di cura e ulteriori indagini.

DR.

Ricerche sperimentali sull'organotropismo degli streptococchi.

(A. GARBINI. *Giornale di Batteriologia e Immunologia*, novembre 1934).

L'A. ha eseguito ricerche sperimentali relative all'organotropismo degli streptococchi, con una sessantina di ceppi isolati da tonsille di individui sani. L'isolamento fu fatto secondo la tecnica di Rosenow con terreni elettivi al brodo-cervello. Le culture furono iniettate endovena a conigli. Gli animali che non morirono spontaneamente furono sacrificati dopo 6-8 giorni dall'inoculazione. Fu praticata una autopsia il più possibile completa e tutte le alterazioni riscontrate furono analizzate macro- e microscopicamente.

Le principali lesioni osservate furono:

1) Articolazioni: essudato purulento di vario aspetto nel cavo articolare; talora soltanto numerose emorragie della sinoviale o dei tessuti periarticolari. Istologicamente: imponente infiammazione dei tessuti sinoviali. Nell'insieme il quadro di una sinovite settica purulenta, che non ha niente a vedere col quadro della sinovite reumatica umana.

2) Muscoli: emorragie più o meno vaste nello spessore del muscolo; talvolta ascessi muscolari, circoscritti.

Istologicamente: infiltrazioni emorragiche e conseguenti alterazioni degenerative delle fibre muscolari; formazioni ascessuali con centro necrotico e circostante reazione cellulare proliferativa.

3) Cuore: localizzazioni per lo più endocardiche sulla mitrale o tricuspide ove notansi grosse verruche e fungosità vegetanti iperemiche e a volte emorragiche.

Istologicamente: segni di una infiammazione necrotico-purulenta con vasta infiltrazione leucocitaria e formazioni ascesso-simili, neoformazione vascolare, emorragie.

Più di rado localizzazioni miocardiche generalmente emorragiche oppure pericardiche con versamenti sierofibrinoso o purulento o emorragico.

4) Apparato digerente: nello stomaco segni di gastrite acuta ed anche vere ulcere situate nell'antro e vicino al piloro; più spesso emorragie lungo le pliche, per lo più raggruppate. Nel duodeno lesioni analoghe. Nell'intestino placche di Payer tumefatte, bene evidenti, emorragiche; nel colon numerosissime emorragie della mucosa.

Istologicamente: infiltrati leucocitari ascesso-simili nella sottomucosa e nella muscolare della mucosa; le emorragie hanno origine nella sotto-mucosa o negli strati profondi della mucosa e arrivano fino alla superficie.

La cistifellea presenta contenuti purulenti e i segni di una flogosi banale, con aderenze pericolecistitiche.

5) Reni: quasi tutti gli animali inoculati persentavano qualche cosa a carico dei reni, ma l'A. ha tenuto conto solo di quei casi presentanti un quadro imponente di nefrite acuta, o ascessi renali o pielite purulenta.

6) Sistema nervoso: in solo due animali furono riscontrati segni di meningo-encefalite.

Dei 62 conigli inoculati, 40 presentarono localizzazioni articolari, ma solo 19 di essi ebbero 4 o più articolazioni colpite.

Per quanto il numero di animali con fatti di artrite sia notevolmente elevato in senso assoluto, tuttavia se si tien conto per poter parlare di artrofilia dei ceppi, solo dei casi con 4 o più articolazioni malate, risulta che la percentuale dei ceppi artrofili isolati da tonsille di persone sane è modesta, considerata di fronte a quella dei ceppi isolati da focolai di reumatici.

L'A. è dell'opinione che nelle tonsille di individui sani od anche affetti da forme svariate morbose differenti da quelle che vengono fatte rientrare nel gruppo delle infezioni focali, esistono con frequenza degli streptococchi i quali sono dotati di organotropismi varii: di essi il più comune è l'artrotropismo; vengono poi in ordine decrescente il nefrotropismo, il gastrotropismo, il cardiotropismo, il miotropismo, l'appendicotropismo, l'oculotropismo ed il neurotropismo.

Questi fatti sono probabilmente legati a vere proprietà biologiche dei ceppi inoculati: ciò si può dedurre da due ordini di fenomeni: in primo luogo, tropismi eccezionali negli streptococchi isolati in persone sane, possono essere presenti frequentemente nei germi provenienti da focolai di individui colpiti da determinate malattie; in secondo luogo, i germi provvisti di un determinato tropismo, hanno alcune specifiche proprietà fisiche dimostrabili in vitro.

A. POZZI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

M. J. Barilari. *Contribución a la Medicina psichica.* Vol. di pag. 120. Frascoli & Bindi ed., Buenos Aires, 1934.

Così modestamente l'A., che è docente di patologia medica nell'Università di Buenos Aires, intitola la sua pubblicazione che comprende tre parti o argomenti separati, ma affini.

La prima parte: « Tensofobia e psicoterapia dell'iperteso » è una conferenza tenuta dal Barilari ad un pubblico di medici dell'Ospedale Rawson, ove egli è primario medico.

L'argomento è svolto esaurientemente con idee che non potrebbero non riscuotere l'approvazione e il consenso di qualsiasi medico, in quanto che vi è spiegato chiarissimamente come assai spesso i più frequenti disturbi accusati dall'iperteso sono dovuti assai più alla sua preoccupazione e ai suoi timori anzichè all'ipertensione in sè stessa.

Il secondo argomento trattato dall'A. è: « Sintonopsichismo e neurosi ». Per sintonopsichismo l'A. intende una sintonia o armonia psichica tra il medico e il paziente, approssimandosi in ciò ai precetti della scuola stoica, esaltando cioè il dominio dello spirito sul corpo per poter esercitare un'azione psicoterapica benefica sui nostri pazienti. Secondo il Barilari molte sensazioni di intensità esigua agiscono come stimoli nella psiche senza l'intervento della coscienza, disturbando il suo funzionamento normale e determinando così delle neurosi, che allora sembra si siano stabilite senza causa apparente. I metodi moderni di trattamento psichico, basati sull'analisi psichica, risvegliano e riportano alla coscienza del paziente le sopradette sensazioni passate prima inavvertite e permettono così al paziente di ben valutarle e di eliminare facilmente i loro effetti perniciosi. Ma tutto ciò si può ottenere solo con una sintonia psichica tra medico e paziente, cioè con una fiducia del paziente nel medico la quale per la sua intensità possa paragonarsi alla fede.

La terza parte del libro si intitola: « La psicologia individuale e l'igiene mentale » ed è la riproduzione di una conferenza pronunziata dall'A. lo scorso anno sotto il patrocinio della Lega Argentina dell'igiene mentale. Vi è profusa a piene mani, da gran signore un'abbondanza di argomenti proprî o di riferimenti ad altri AA., il che dimostra nel Barilari una vastissima e profonda cultura in materia. È oltremodo difficile sintetizzare in una breve recensione le numerose e svariate idee svolte ampiamente ed alatamente nella bellissima conferenza. Molte di tali idee affiorano spontaneamente nel pensiero di qualsiasi medico intelligente durante la sua quotidiana pratica professionale. Ma poi vengono trascurate e dimenticate, anzichè coltivate, forse perchè raramente trovano riscontro nelle pubblicazioni che abitualmente servono alla formazione e alla cultura professionale del medico. Infatti la medicina cosiddetta ufficiale trascura quasi del tutto, specie per quanto si riferisce alla pratica medica, lo studio dell'influenza che la psiche ha nel soma, nell'insorgenza e nella cura delle malattie. Perciò questi saggi di medicina psichica del Barilari meritano di essere letti con profitto da qualsiasi medico.

C. Jannuzzi.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

M. Matthes e H. Curschmann. *Lehrbuch der Differentialdiagnose innerer Krankheiten.* VII ediz. Un vol. in-8°, di 804 pag., con 126 fig. anche colorate. J. Springer, Berlin, 1934. Prezzo RM. 28.

L'opera di Matthes sulla diagnosi differenziale delle malattie interne è ormai classica e diffusa. Dopo la prematura morte del Matthes, essa è stata ripresa e rielaborata da Curschmann, direttore della Clinica medica di Rostok, aggiornandola in questa VII^a edizione.

Ampia è la trattazione della diagnosi differenziale delle malattie febbrili a cui segue quella riguardante il complesso sintomatico, meningitico e peritonitico; seguono poi le malattie degli organi respiratori, circolatori, le affezioni della milza, fegato, vie biliari, dell'apparato digerente, urinario, del ricambio, del sangue. Da ultimo, le malattie articolari croniche, le neuralgie e la cefalea.

Questo libro, della massima importanza per i vari quesiti diagnostici che si presentano nella pratica dovrebbe figurare nella biblioteca di ogni medico. *fil.*

G. Klemperer. *Klinische Fortbildung.* II^a annata. Un vol. in-8°, di 799 pagg., con 176 fig. nel testo e 7 tav. colorate. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1934. Prezzo 30 RM (rilegato 35).

Allo scopo di completare e di tenere al corrente il noto grande dizionario enciclopedico « Neue deutsche Klinik », di cui vi è anche un'edizione italiana (« La Clinica moderna »), si viene pubblicando ogni anno un volume di completamento sotto il nome di progresso clinico. Questo, che è il secondo, contiene i seguenti lavori:

Il trattamento dei prematuri (W. Gottstein). L'encefalite postinfettiva, specialmente dopo vaccinazione (H. A. Gins). La celiachia (E. Schiff). La vaccinazione attiva contro la difterite (H. Schmidt). I così detti dolori recidivanti dopo le operazioni sulle vie biliari (B. O. Pribram). La tubercolosi infantile (M. Klotz). La terapia percutanea (A. Laqueur). Le crisi dell'VIII — malattia di Menière — (F. Kobrak). La endometriosi (L. Seitz). Lo stato attuale del-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

la dottrina delle gestosi — tossicosi gravidiche — Th. v. JASCHKE). L'aborto (S. HAMMERSCHLAG). Il morbo di Weil (C. HEGLER). La proteinoterapia (R. SCHMIDT). L'artrite deformante cronica giovanile (E. SCHIFF). Il lavoro del bambino nella pratica medica (W. GOTTSTEIN). La tubercolosi dei vecchi (H. ULRICI). La diminuzione della capacità di calcolo (P. SCHRÖDER). Risultati della broncografia (A. BEUTEL). La bassa pressione sanguigna e l'ipotonia (G. KLEMPERER). La clinica delle lipoidosi (M. BURGER). La tubercolosi oculare (L. HEINE). La miosite (H. CURSCHMANN). L'insufficienza respiratoria (A. J. ANTHONY). La medicina sportiva (W. KOHLRAUSCH). Danni alla prole da irradiazioni röntgen e da radio (H. MARTIUS). La terapia calcica (H. CURSCHMANN). *fil.*

F. H. MARTIN. *Fifty years of Medicine and Surgery.* An autobiographical study. Un vol. in-8°, di 449 pagg., con fig., rilegato. Surgical publishing Co. of Chicago, 1934.

Nato in una sperduta fattoria del Wisconsin, dove l'ufficio postale era a distanza di 6 miglia, un ragazzone dai capelli rossi stava legando i covoni in una calda giornata di agosto. Improvvisamente, il passaggio del medico che traversava a cavallo quei campi, sentì sorgere la vocazione di essere dottore anche lui. Ed allora il Martin, per attendere ai primi studi, si fa garzone di un chirurgo locale; studia da sè l'anatomia e sbalordisce il suo padrone con descrivergli a perfezione l'antro d'Higmoro con tutte le sue particolarità. Prosegue gli studi e si laurea a Chicago nel 1880, dedicandosi poi alla chirurgia, in cui diventa stimato maestro e fonda, oltre alla Società Americana di Chirurgia, il noto periodico « Surgery, Gynecology and Obstetrics », uno dei migliori se non forse il migliore del mondo, per importanza di lavori, ampiezza d'informazioni e signorilità di edizione.

L'autobiografia che qui il Martin ha scritto, con brio e con serena visione della vita ci interessa per la sua vita stessa, per tutto quanto di umano vi troviamo, nonchè per i molti fatti ed avvenimenti connessi. Fra essi, ricordiamo particolarmente le pagine in cui l'A. descrive con vivacità la prima operazione alla Lister fatta in America — una laparotomia per cisti ovarica — guarita perfettamente per prima, con grande maraviglia del chirurgo e degli assistenti.

W. J. Mayo e G. W. Crile, in due prefazioni esaltano il valore del Martin.

Il libro è inviato in dono agli abbonati della « Surgery, Gynecology and Ostetrics ». *fil.*

F. RATHÉRY. *Néphropathies et néphrites.* J. B. Baillière et fils, édit. Paris, 1934. Fr. 45.

Sono in questo volume riunite le lezioni che il Rathéry, noto per i suoi originali studi sulle nefropatie in senso lato, ha durante l'anno scolastico decorso, tenuto alla Pitié. Gli argomenti trattati riguardano: l'ipertensione arteriosa precoce; le nefropatie semplici e l'albuminuria giovanile; la nefrite con edema; la sindrome lipidica e protidica; la nefrite ipercloremica senza edema; la nefrite cronica maligna dell'adolescenza; la nefrite azotemica pura; l'amilosi renale; il diabete renale; la tubercolosi e nefrite, ecc.

Le lezioni sono sfrondate di quei prolissi particolari che in numerosi altri AA. tante volte ne rendono noiosa e poco proficua la lettura: con lo stile semplice che gli è proprio, il Rathery ci fa rivivere il ragionamento clinico del « pratico » ai « pratici ». Il libro pertanto sarà utile compagno dello studente vicino all'agone professionale, nonchè dei medici in cerca di precise ed obiettive note di diagnostica e di terapia in un gruppo di malattie ancora da dipanare. MONTELEONE.

A. ROSSI. *Il diabete, patogenesi e terapia moderna.* Prefaz. del prof. PENDE; con note del dott. G. ALBERTI. Vol. di pag. 337. U. Hoepli edit. Milano, 1934, L. 35.

Oscar Lorenzoni ci presenta, in una perfetta traduzione, il lavoro del direttore degli « anales de biotipologia, eugenesica y medicina social » di Buenos Ayres, concepito nella Clinica medica di Genova che il Rossi ha frequentato. Opera essenzialmente clinica, di clinica moderna, precisante nel concetto endocrino-costituzionale l'essenza del processo morboso. Inquadrate con il diabete mellito sono le altre forme di diabete: diabete renale, diabete insipido. Dopo brevi notizie storiche l'A. abborda il problema patogenetico, traccia in chiari capitoli il quadro clinico, soffermandosi sulla terapia insulinica. A parte vengono trattate le questioni del metabolismo diabetico, della dietetica normale e della dietetica nella malattia in questione. Brevi considerazioni l'A. fa anche per i cosidetti sostituti della insulina: sintalina, glukorment, ecc.

I rapporti del diabete con la sifilide, con la gravidanza, con la tubercolosi, con la chirurgia, con la obesità, formano oggetto di trattazione breve ma chiara ed aggiornata.

Quale appendice il dott. Alberti, noto per la particolare competenza in materia, aggiunge degli utilissimi quadri dimostrativi del come istituire un regime dietetico per diabetici, regime dietetico di tipo italiano, quadri e tavole che ci possono dispensare dalla consultazione di algebrici trattatelli stranieri adatti per cucine straniere.

È ovvio che l'edizione è particolarmente curata: sono 337 pagine che ogni pratico medico, ed anche il pubblico non medico (come ricorda nella prefazione il prof. Pende) dovrebbe consultare a meglio agguerrirsi contro una malattia che sempre più si presenta quale vero pericolo sociale. MONTELEONE.

A. HERMANT, A. BONNARD, COLETTE, P. MORAND. *Affaires de coeur*. Un vol. in-8 di pag. 96 con tavole illustrate. Editions Nativelle, Paris, 1934.

La casa Nativelle, di cui sono noti vari preparati cardiaci, in occasione del cinquantenario della sua fondazione pubblica in bella edizione da bibliofilo, in « vélin d'Arches » questo libro di variazioni letterarie sul cuore, dettate da noti scrittori francesi. I singoli titoli sono: Il cuore e la letteratura; Il cuore sentimentale; Il cuore delle bestie. Con particolare diletto, si legge lo scritto di P. Morand (Il cuore motore), di una delicata poesia, velata da finissima ironia, in cui egli osserva come la vita odierna, nel suo ritmo accelerato, tende a sovraffaticare questo nostro organo, in cui da qualche secolo noi abbiamo riposta la sede delle emozioni; e conclude che tutta la nostra massiccia esistenza moderna è posta in equilibrio sulla punta del più fragile organo.

Artistiche tavole, alcune simbolicamente futuriste, adornano il libro. *fil.*

P. FARNETI. *Massaggio e ginnastica medica.* N. Zanichelli. editore, Bologna, 1934, L. 15.

La pratica della chinesiterapia, abbenchè abbia avuto anche in Italia fin dal secolo scorso, dei fervidi cultori, non ha finora ottenuto presso di noi la rinomanza che meritatamente gode presso molti altri popoli: uno dei motivi è forse da ricercarsi nella mancata diffusione presso i medici delle norme realizzatrici di detta terapia, delle indicazioni razionali mediche e chirurgiche, quali l'esperimento e l'osservazione moderna dettano.

Bene a punto giunge il manualetto del Farneti sorto dallo studio del grande materiale umano che la Clinica di Bologna gli ha offerto, e dall'attrezzamento completo in ogni senso, dell'Istituto Fisioterapico annesso alla Clinica stessa, ideato e voluto dal prof. Viola.

Sono 320 pagine dense di nozioni che in una prima parte trattano del massaggio in genere, della mobilizzazione e rieducazione motoria, della ginnastica medica, della chinesiterapia respiratoria, ed in una seconda parte del trattamento chinesiterapico in particolare, con le rispettive indicazioni, nelle varie malattie: della pelle, dei muscoli delle ossa, del sistema nervoso, del ricambio, dell'apparato cardio vascolare, urogenitale, dell'orecchio, dell'occhio, ecc. Nessuna branca nella quale un utile possa aspettarsi dalla terapia fisica è stata sorvolata; e per ognuna c'è il ricordo fisiologico da tener presente, c'è l'aggiornamento scientifico, ci sono le chiare norme da seguire per la pratica esecuzione. A tutto ciò aggiungerete 105 nitide, originali fotografie che vi cinematografano quasi al completo i movimenti elementari, basali.

L'interessante esposizione è chiusa da una ben nutrita bibliografia. MONTELEONE.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Mediche in Palermo.

Seduta del giorno 20 dicembre 1934.

Presidente: L. GIUFFRÈ.

In tema di trasfusione di sangue.

U. LOMBROSO e C. ZUMMO. — Le proteine del sangue omologo trasfuse possono prendere parte al metabolismo azotato intermedio, e coprono il fabbisogno azotato minimo endogeno col minor dispendio possibile. Si riaffaccia perciò il problema della forma sulla quale si impernia il metabolismo azotato intermedio, se cioè debba riconoscere soltanto agli amminoacidi preformati questo compito o se invece anche le proteine genuine possano partecipare e quale delle due forme azotate sia la più atta a questo compito.

Azione delle onde corte sugli scambi gassosi.

G. ORESTANO. — È stata saggiata l'influenza delle onde corte sugli scambi gassosi di colombi e ratti. Onde di λ m. 3,50-5,50-15 non mostrano alcuna azione specifica sul metabolismo gassoso degli animali detti.

Seduta del 13 febbraio 1935.

Pielografia per eliminazione e cateterismo ureterale nella esplorazione radiografica dell'uretere.

Prof. M. PAVONE. — L'O., dallo studio di casi clinici assai dimostrativi trae l'opportunità per esporre alcune deficienze della indagine pielografica discendente, specie per quanto riguarda la visibilità totale dell'uretere; ne esamina le cause e conclude affermando che ancora oggi spesso è necessario, nonostante la diffusione a volte esclusivistica della pielografia per eliminazione, un controllo ascendente o la semplice radiografia con sonde opache quando si vuole con sicurezza stabilire la direzione o la forma dell'uretere.

La trasfusione di sangue negli animali avvelenati con permanganato di sodio introdotto per via endovenosa.

Prof. L. CARMONA. — Le ricerche dell'O. che fanno parte di altre più vaste che attualmente si svolgono nell'Istituto di patologia chirurgica di Palermo sull'azione della trasfusione di sangue negli avvelenamenti da tossici per il globulo rosso, riguardano tale applicazione negli animali avvelenati con permanganato di sodio introdotto per via endovenosa. L'O., dopo avere stabilito un quadro abbastanza completo delle lesioni anatomopatologiche dei principali organi e tessuti, viene alla conclusione che la trasfusione di sangue non arriva mai a salvare la vita degli animali sottoposti alle condizioni sperimentali sopradette.

Legatura del coledoco e comportamento di alcune proteine nel plasma sanguigno del cane.

Dott. GRASSELLINO. — L'O. ha studiato il comportamento di alcune sostanze azotate (azoto totale, fibrina, siero albumina, azoto non proteico) in seguito alla legatura del coledoco, che provoca gravi alterazioni nel contesto del fegato. Nelle sue ricerche praticate nei cani ai quali legava il coledoco ha trovato che queste sostanze, ad eccezio-

ne dell'azoto non proteico, tendono a diminuire rispetto ai valori trovati all'inizio dell'esperimento. *Il Segretario*: A. AMATO.

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Adunanza del 18 gennaio 1935.

Presidente: prof. M. PINCHERLE.

La diagnosi radiologica delle varici del tubo digerente.

V. BOLLINI. — Illustrando tre casi personali, dei quali uno giunto al tavolo necroscopico, l'O. considera il problema diagnostico Roentgen delle varici esofagee, gastriche e duodenali.

Discussione: E. AZZI, G. G. PALMIERI, S. ZANETTI, P. BENEDETTI.

L'azione del Salirgan sulla concentrazione proteica, cloruremia, glicemia e glicosuria nei diabetici.

D. DELL'ACQUA. — In 34 diabetici dopo iniezione endovenosa di Salyrgan l'O., eseguendo ripetuti prelievi di sangue, osservò: aumento della proteinemia, diminuzione della cloruremia, comportamento vario della glicemia, tendenza alla riduzione della glicosuria. In un caso di diabete renale si ebbe, dopo il Salyrgan, diminuzione della glicosuria con modiche oscillazioni glicemiche. In un caso con notevole aumento della diuresi si ebbero tipiche manifestazioni di tetania.

Discussione: prof. M. PINCHERLE.

Il metodo dell'aspirazione delle membrane e della laringoscopia diretta nella cura del croup infantile.

V. MENGOLI e V. MIGLIORI. — Dopo una rapida rassegna dei metodi classici di trattamento della difterite dell'albero respiratorio, gli OO. s'intrattengono brevemente sul procedimento dell'aspirazione delle membrane ideato da Gover e Hardman. Resi noti gli ottimi risultati ottenuti col nuovo mezzo di cura del croup e rilevata l'importanza della laringoscopia diretta ai fini della diagnosi e della prognosi gli OO. passano alla descrizione di un metodo, da loro ideato, per l'aspirazione delle membrane a cielo coperto. Espongono poscia i risultati ottenuti su 12 casi di diverse forme di croup, mettendo in evidenza come la loro tecnica semplice ed innocua, raggiunga sola o combinata con l'intubazione, successi molto incoraggianti.

Discussione: M. PINCHERLE.

L'aspetto ad anello della nicchia da ulcera.

G. LASCHI. — Illustrazione del reperto Roentgen e discussione della sua genesi e significato.

Discussione: G. ZANETTI.

Adunanza del 25 gennaio 1935.

Presidente: prof. M. PINCHERLE.

Le manifestazioni congiuntivali del morbillo con particolare riguardo al periodo dell'incubazione: osservazioni e indagini cliniche.

DE TONI, CARAMAZZA e PUGLIESI-DURANTE. — Le manifestazioni iniziali della congiuntiva nel morbillo consistono in noduli sottoepiteliali, caratterizzati dalla loro sede di predilezione (in prossimità dei vasi), dal loro numero limitato, dalla forma (ovoidale) e aspetto (opalescente), dalla zona iperemica circostante e dal loro rapido ciclo evolutivo. Gli OO. ne discutono il significato e il possibile nesso con le macchie di Koplik.

Discussione: M. PINCHERLE.

La terapia vaccinica per via endovenosa nella febbre melitense.

F. GIUGNI. — L'O. espone quanto emerge dalla sua estesa esperienza sull'argomento e giunge alla conclusione che per mezzo della terapia vaccinica endovenosa si ottiene rapidamente e costantemente il risultato di troncare il ciclo febbrile della malattia avviando l'infermo a decisa guarigione.

Discussione: O. ALESTRA, CIOFFI, P. BENEDETTI, E. AZZI, M. PINCHERLE.

Considerazioni sulla Roentgenterapia dei seminomi.

G. GIORDANO. — Esposizione di un'estesa casistica, considerazioni e discussione dei risultati.

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 20 febbraio 1935.

Resezione di arteria omerale al gomito a cura di edema cronico traumatico.

Prof. D. GIORDANO. — Riferisce un caso di mano ad artiglio, con edema cronico dell'avambraccio, consecutivi a traumi patiti 10 e 7 mesi prima, con ricupero della motilità e rapidissima scomparsa dell'edema dopo resezione della arteria omerale al gomito.

Cisti dermoide sottomentoniera scambiata per osteite di origine dentale, ed osteite che simula una cisti.

Prof. U. SARAVAL. — Le fistole cutanee nelle regioni mentoniera e sopraioidea sono nella grandissima maggioranza dei casi di origine dentale e dovute a processi di osteite localizzata attorno agli apici, di denti inferiori, la cui polpa, per carie o per altre ragioni, sia caduta in necrosi; altre volte, molto più raramente le fistole sono espressione di lesioni varie indipendenti dal sistema dentale: fra queste lesioni ci sono le cisti dermoidi, linfatiche, ecc.

L'O. illustra appunto due casi di fistola cutanea sottomentoniera, di cui una, creduta di origine dentale, era dovuta ad una cisti dermoide; l'altra, supposta, anche per un'erronea interpretazione dei radiogrammi, come dipendente da una cisti, era legata alla necrosi pulpare dei due incisivi centrali inferiori, apparentemente sani perchè di aspetto normale e indenni da lesioni cariose. Asportata la cisti, nel primo caso, la fistola è scomparsa; ed è successo altrettanto per il II caso, dopo lo svuotamento e la cura dei canali radicolari dei due denti malati.

Paraplegia da sarcoma epidurale del tratto dorsale. Trattamento chirurgico. Guarigione.

Dott. M. TOMMASINI. — Il malato che l'O. presenta fu sottoposto all'atto operatorio nel luglio del 1932 all'età di 26 anni. Da circa tre mesi datava la malattia che iniziatasi con dolori lombari dapprima e in seguito rapida perdita delle forze degli arti inferiori, finì col rendere il p. completamente paraplegico.

Gli esami clinici e di laboratorio integrati dalla mielografia localizzarono la sede della compressione in corrispondenza del tratto dorsale basso.

Essendo state praticate sia l'iniezione di lipiodol discendente sia quella ascendente fu possibile determinare oltre alla precisa sede del tumore anche la sua esatta estensione. L'intervento quindi fu eseguito con precise indicazioni, e mediante una laminectomia estesa dalla IX alla XI dorsale fu possibile asportare tutto il tumore.

L'esame istologico fu praticato dal prof. Fabris e dimostrò trattarsi di un sarcoma rotondo cellulare. Per le caratteristiche particolari del reperto fu avanzata una prognosi relativamente benigna per quanto riguardava la suscettibilità a dare metastasi al di fuori del rachide.

Il decorso clinico a tutt'oggi conferma la diagnosi anatomopatologica e la prognosi.

Pur non essendo ancora trascorsi 5 anni che si pongono come limite per poter esprimere un giudizio definitivo, tutto fa sperare che si sia di fronte ad una guarigione definitiva.

Dott. E. DE MARCHI. — *In tema di esostosi osteogeniche di accrescimento.* Il lavoro verrà pubblicato in esteso nel « *Giornale Veneto di Scienze Mediche* ».

Alterazioni cadaveriche dei reni e loro differenziazicni da lesioni vitali.

Dott. BERTOLI. — L'O. in uno studio preliminare indaga le modificazioni cadaveriche macroscopiche ed istologiche che subentrano nei reni in tempi progressivamente lontani dall'epoca della morte, in rapporto alle lesioni da essi presentati in vita.

Limitandosi in questo studio alle nefrosi, che più facilmente possono venir scambiate colle alterazioni cadaveriche, ne distingue i caratteri ed espone i criteri atti a differenziarle.

Discussione: prof. FABRIS.

La torsione del funicolo spermatico nella prima infanzia.

Dott. GIORGI. — L'O. dopo aver accennato alla rarità estrema dell'affezione nella prima infanzia, e aver esposto le cause predisponenti, efficienti, la diagnosi e la cura dell'affezione, porta il contributo di tre nuovi casi di cui uno di torsione extravaginale, osservati nella Divisione Chirurgica Infantile, e conclude col porre alcuni sintomi di quasi certezza dell'affezione in modo che più facile ne venga resa la diagnosi e che quindi la cura possa essere non più distruttrice ma conservatrice.

Prof. FORNI. — Ricorda un caso di torsione testicolare in un bambino di 40 giorni ed un secondo in un ragazzo di 19 anni; trattavasi in quest'ultimo caso di un testicolo torto in ectopia inguinale scambiato per un'ernia inguinale strozzata. Quasi mai è dato che il testicolo riprenda la sua vitalità, onde ne è consigliata l'asportazione.

La torsione può essere doppia, tripla, quadrupla, e la causa di essa è da ricercarsi in contrazioni del cremastere.

Fibromioma del segmento inferiore dell'utero. Presentazione del pezzo.

Dott. G. VIAN. — L'O. espone un caso di voluminoso cervico-mioma a sviluppo nel segmento inferiore dell'utero.

Dopo brevi cenni di storia clinica e di diagnosi differenziale presenta il pezzo e fa rilevare, oltre alla relativa scarsezza di sintomi in rapporto alla sede e alla massa tumorale, anche la rarità di un così notevole sviluppo (gr. 2670) in detta sede.

Un caso di peritonite incapsulante con melena.

Dott. E. POLICHETTI. — L'O. descrive un interessante caso di peritonite incapsulante, osservato recentemente in un contadino di 33 anni, nel quale la comparsa di melena, in assenza di ulcerazioni gastro-duodenali evidenti all'intervento chirurgico, ha fatto pensare all'origine intestinale dell'emorragia, legata a questa strana sindrome, che si accompagnava ai segni della stasi intestinale cronica.

Il paziente, che aveva sofferto due volte di tifo ed era già stato operato otto anni prima di ernia inguinale destra, faceva risalire a due-tre mesi dopo tale operazione la storia delle sue sofferenze addominali con dolore, gonfiore, senso di tensione diffusamente, stipsi. Ad un periodo di relativa tregua, fino ad otto mesi fa, era seguita risacerbazione della sintomatologia precedente con crisi acute e vomito saltuari. Da dieci giorni melena ingravescente, ribelle alle ordinarie cure mediche.

L'operazione in anestesia locale della parete e paravertebrale degli splancnici con novocaina, previa iniezione di Mass, consistette nell'asportazione parziale della capsula, costituita da una membrana bianco-madreperlacea non aderente al peritoneo parietale, che involgeva tenue, colon e cieco, liberazione paziente e minuziosa delle aderenze residue. Legatura dei vasi afferenti piloroduodenali e di una grossa vena ectasica della grande curvatura gastrica, interruzione nervosa vagosimpatica secondo il metodo di Schiassi, nella regione pilorica. Versamento di olio canforato nella cavità peritoneale, che venne chiusa a strati.

Esito in guarigione dopo dodici giorni.

Un esame radiografico postumo, ha messo in evidenza il tenue colle anse digiunali dilatate, raggruppate ed insaccate, ridotte di lunghezza in totalità e le pliche mucose bene evidenti, dilatato segmentariamente con permanenza di pappa di bario ancora dopo ventiquattro ore.

Passa quindi ad alcune considerazioni sulla eziopatogenesi, anatomia patologica e terapia.

Prof. FORNI. — Ritiene opportuno nelle melene cercare di riconoscere la causa, prima di intervenire. Non crede che la divisione simpatica secondo Schiassi abbia buoni effetti. Chiede se il fegato presentava delle lesioni in quanto che alcune melene possono essere dovute appunto ad alterazioni epatiche.

Dott. POLICHETTI risponde di non aver rilevato alterazioni a carico del fegato.

Radiculite sciatica da sacralizzazione. Resezione dell'apofisi sacralizzate. Guarigione.

Prof. DELITALA. — Presenta l'operato, il quale da due anni soffriva dolori fierissimi lungo lo sciatico. L'esame radiologico mise in evidenza una ipertrofia della apofisi trasversa della V vertebra lombare. Resecata l'apofisi il malato guarì rapidamente e perfettamente.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Sintomi e diagnosi differenziale del pneumotorace spontaneo benigno.

Il pneumotorace spontaneo può presentarsi in seguito ad uno sforzo anche minimo (tosse, risata, starnuto) oppure nel più completo riposo. Talvolta, la sintomatologia è nulla ed i segni fisici scarsi, sicchè la diagnosi può essere tardiva, in occasione di un esame radiologico.

I sintomi più importanti sono il dolore e la dispnea. Il primo varia in limiti ampi: talvolta angoscioso, con sensazione di morte prossima e sudori freddi, altre volte minimo. Talora, dolore sordo, in un emitorace, alla spalla, all'ascella; se si presenta a sinistra, può simulare un'angina pectoris o, per l'irradizione all'addome, un'ulcera perforata; se a destra, una sindrome vescicolare. In un caso di Fischer, simulando un'ulcera perforata complicata da ascesso subfrenico, portò il malato al tavolo operatorio.

Meno frequente è la dispnea, di intensità e durata minore che il dolore ed in funzione di questo o dell'eventuale versamento pleurico. Nei casi di abbondante versamento gassoso, si possono avere cianosi, palpitazioni, sudori freddi, vomito. Tutti questi sintomi durano pochi giorni e sono mitigati dal riposo.

La semeiologia fisica. L'ispezione mostra l'emitorace dilatato ed immobile o con minori escursioni; alla palpazione, abolizione del fremito vocale. Alla percussione, timpanismo acuto o grave secondo il grado di tensione. Nel caso di pneumotorace destro, scomparsa dell'ottusità epatica nella zona anteriore e laterale; quando si tratta di emopneumotorace, si ha anche contrattura della parete addominale, che può far pensare ad una perforazione peritoneale.

Alla percussione ascoltata, il rumore di bronzo di Trousseau. Nell'ascoltazione, sono importanti: il soffio anforico, se il gas è a pressione positiva, o il silenzio respiratorio.

Il cuore viene spostato, ma in breve ritorna al suo posto.

La radiologia conferma la diagnosi clinica o permette la diagnosi vera. Talvolta, si osserva lo spostamento più o meno marcato del mediastino, che poi ritorna gradatamente al posto. Il moncone polmonare è spinto in basso se la camera d'aria è in alto, oppure è cacciato contro il mediastino. Quest'ultimo, all'osservazione radioscopica, offre il fenomeno del bilanciamento respiratorio.

La forma permanente è caratterizzata da una intensa chiarezza pneumotoracica, spostamento persistente del mediastino ed insaccamento degli spazi intercostali.

Diagnosi differenziale. E. S. Mazzei e R. Pardal (*Prensa méd. arg.*, 6 febbraio 1935) considera la diagnosi con altre forme di pneumotorace spontaneo, specialmente tubercolare. Caratteristica fondamentale della forma benigna è di presentarsi in persone fino allora clinicamente sane. Nessun segno fisico lo differenzia dalle altre forme. La diagnosi si fa, quindi, soltanto per l'evoluzione; generalmente, tutti i fenomeni scompaiono alla seconda settimana ed anche l'esame fisico del polmone dimostra, in seguito, la sua integrità; tutto finisce entro quattro settimane. Manca soprattutto la reazione pleurica, che si ha nelle altre forme, specialmente nel pneumotorace tubercolare.

Nella diagnosi differenziale, non si deve dimenticare la rarissima possibilità che si tratti di assenza congenita di un polmone, di cui esistono 2 casi nella letteratura. *fil.*

CASISTICA E TERAPIA.

L'infezione tubercolare primitiva nell'adulto.

P. Nico (*Sur la primo-infection tuberculeuse de l'adulte.* Arnette éd., Paris, 1934) è d'avviso che numerosi, più di quel che si pensi, siano i casi di tubercolizzazione primitiva in adulti sfuggiti nell'infanzia alla tubercolosi; egli insiste particolarmente sulla « tifo-bacillosi benigna con eritema nodoso » che forma una individualità clinica, biologica, anatomopatologica, batteriologica e radiologica.

Pur senza attribuire all'eritema nodoso una etiologia univoca, l'A. ammette che la maggioranza dei casi sia propria dei neo-tubercolotici e costituisca perciò l'esantema facoltativo della tifo-bacillosi.

La cosa riveste anche un particolare interesse sociale: questi individui dovrebbero, infatti, mercè prove tubercoliniche applicate in serie nelle collettività, essere scoperti e immunizzati quindi attivamente col B.C.G. che, somministrato per via orale, si mostra effettivamente utile non solo nell'infanzia, ma anche nell'adolescenza e nell'età adulta.

M. RASTELLI.

I versamenti asettici parainfluenzali della pleura.

L. Levi (*Giorn. di clin. med.*, 28 febbraio 1935) riferisce su 4 casi dal corteo sintomatologico proprio di ogni malattia infettiva, con spiccato polimorfismo caratteristico delle forme di influenza e manifestatisi appunto durante un'epidemia di questa. Nei 4 casi, vi era inoltre congestione polmonare caratterizzata da: febbre elevata, tosse, dolore puntorio, dispnea, subottusità della regione dolente, murmure vescicolare debole, rantoli sottocrepitanti, soffio bronchiale dolce, comparsa di versamento e rapido dileguare dei sintomi. In

tutti quattro gli infermi, comparsa, in coincidenza con la defervescenza ed il miglioramento delle condizioni generali, di un versamento pleurico, che scomparve poi rapidamente senza lasciar tracce. Il liquido aveva aspetto torbido in 3 e limpido in 1; reazione di Rivalta positiva, forte polinucleosi, in 2, anche abbondanti eosinofili e numerose emazie ben conservate.

Per la rapida formazione al declino della fase acuta, il non meno rapido dileguare, l'asetticità ed i caratteri citologici del liquido, l'A. ritiene possibile una base allergica per la sua formazione. *fil.*

Alimenti e droghe vegetali come medicamenti.

W. Ripperger (*Die Mediz. Welt*, n. 7, 1935) osserva che l'aglio esercita una azione utile sull'intestino e sui bronchi ed è anche dotato di spiccata azione antisettica e battericida. Esso abbassa inoltre la pressione del sangue perchè provoca una vasodilatazione dei vasi periferici (arteriole e capillari): sia la somministrazione orale del distillato alcoolico di aglio (20-30 goccie 2 volte al giorno prima dei pasti principali, per 2 giorni seguiti da 2 giorni di riposo), che le iniezioni ipodermiche di soluzione oleosa dell'olio eterico dell'aglio, abbassano in modo duraturo la pressione del sangue. Sembra che l'aglio eserciti anche una azione utile sul ritmo del cuore, che esso migliori la contrattilità del miocardio e rallenti il polso.

Sull'intestino l'aglio esercita una triplice azione: antidispeptica, sedativa ed antidiarroica. Nelle forme infettive si aggiunge a queste l'azione battericida; perciò l'aglio darebbe buoni risultati anche nella dissenteria acuta e cronica e in tutti i catarri cronici dell'intestino in cui le feci sono muco-ematiche. Conosciuta dal popolo è l'azione antielmintica dell'aglio: alcuni ritengono questa azione spiccata specialmente contro gli ossiuri, altri contro gli ascaridi. Si usano dei decotti di aglio nel latte, oppure degli estratti alcoolico-acquosi od eterei.

L'azione antisettica dell'aglio lo fa considerare da alcuni un ottimo rimedio sia profilattico che curativo nella grippe, nel tifo e nella difterite. Si sono ottenuti buoni risultati anche nella gangrena polmonare. Le ferite suppuranti guarirebbero rapidamente se trattate con soluzione 10 % di succo di aglio con aggiunta dell'1-2 % di alcool. Secondo alcuni AA. l'olio estratto dall'aglio eserciterebbe una azione quasi specifica contro il bacillo di Koch.

Sull'apparato respiratorio l'aglio agisce facilitando la espettorazione e sedando lo stato di irritazione dei muscoli lisci (azione spasmolitica); eliminandosi attraverso la mucosa l'olio etereo esplicherebbe una energica azione antisettica. Particolarmente indicato sarebbe l'aglio nelle bronchiti croniche torpide e nelle forme di tubercolosi con secreto muco-purulento; controindicato invece nelle congestioni acute, caratterizzate da espettorazione ematica, tosse secca e forte ipertermia.

La cipolla esercita azioni simili a quelle dell'aglio: in più essa favorisce spiccatamente la diuresi, e dà ottimi risultati nella renella e nei piccoli calcoli del rene. Si conoscono casi di edemi generalizzati e di ascite da cirrosi epatica, ribelli alle cure usuali, in cui la somministrazione giornaliera di 6-20 cipolle crude ha fatto scomparire le raccolte liquide, eliminate con una intensa diuresi. Per evitare la poco gradita somministrazione di cipolle crude, si consiglia di spezzettarle, setacciarle, e mescolarle con miele e vino bianco (300 gr. cipolle, 100 gr. miele e 600 gr. vino): 2-4 cucchiai da tavola al giorno. Alcuni vantano la cipolla per la cura delle malattie reumatiche; è accertata una sua azione favorevole nel diabete, si è anche potuto isolare dalla cipolla una sostanza ad azione analoga all'insulina.

Il prezzemolo è utile come diuretico: alcuni usano l'olio etereo dei semi, altri un decotto della radice. Il succo delle foglie fresche ripara dalla puntura delle zanzare. L'olio etereo dei semi contiene inoltre l' « apiolo », sostanza che agendo sul centro sessuale del midollo provoca una congestione ed un eccitamento alla contrazione dei muscoli lisci negli organi sessuali, particolarmente nell'utero. Negli animali è stata dimostrata una analoga azione anche negli organi genitali maschili. L'apiolo è utile in alcune forme di atonia dei nervi sessuali e di dismenorrea.

Senape, pepe, paprica sono usati come rivulsivi; favoriscono il riassorbimento gastrico ed attivano la secrezione pancreatica. L'olio etereo dei semi di finocchio ha azione carminativa; calma gli spasmi dell'intestino che ostacolano la progressione dei gas. L'infuso al 3 % e la tintura di cardamomo (15-20 goccie) sono utili nei disturbi cardiaci che accompagnano la dispepsia nervosa.

R. Pollitzer.

Il dinitrofenolo nell'obesità.

Il dinitrofenolo è ora largamente usato nella cura dell'obesità. Si calcola che agli Stati Uniti Am. circa 100.000 individui abbiano fatto tale cura. La sola Clinica Standford ha fornito, lo scorso anno, 1.200.000 capsule da 10 cg.; poichè la dose abituale è di 3 capsule al giorno ed il trattamento dura 3 mesi, il numero dei pazienti così trattati in un anno sarebbe di 4500.

Due sono le caratteristiche del dinitrofenolo; l'una che esso indubbiamente aumenta il metabolismo dei tessuti, probabilmente per diretta azione sulle cellule; l'altra che il margine fra la dose terapeutica e quella tossica è assai stretto. Recentemente, L. Tainter (*Amer. Journ. publ. health.*, ott. 1934) ha pubblicato una statistica dei casi curati, da cui risultano 3 casi di morte, uno solo dei quali, però, poteva essere

in rapporto con la somministrazione del rimedio. Ha osservato delle eruzioni cutanee nel 7% dei casi; tali eruzioni costituiscono, in complesso, l'unico reale svantaggio della cura, anche perchè allarmano il paziente, il quale, però, può riprendere in seguito la cura senza altri inconvenienti.

Per quanto riguarda il fegato, in generale, non è dimostrabile una lesione con l'uso del dinitrofenolo. N. Sidel (*Journ. amer. med. ass.*, 28 luglio 1934) riporta però un caso di epatite con ittero e presenza di pigmenti biliari nella urina, comparso dopo l'assunzione di 40 cg. al giorno per 15 giorni, dopo una crisi violenta di orticaria. Il fegato era aumentato di volume e dolente; l'ittero si attenuò in seguito, ma era ancora visibile dopo 6 settimane.

S. Boher (*Ibidem*) ha osservato la comparsa di agranulocitosi, comparsa dopo l'assunzione di 21 grammi in 4 mesi, alla dose giornaliera di 20-40 cg. In seguito alla trasfusione di sangue ed all'iniezione di pentonucleotide, si ebbe la guarigione in 10 giorni. È appunto tale complicazione che appare la più temibile, sebbene Tainter non ne abbia mai osservato alcun caso.

Lontana appare la possibilità di lesioni renali, mentre nessun effetto si ha sul sistema circolatorio (pressione sanguigna e frequenza del polso) a meno che non siano sorpassate le dosi terapeutiche.

In complesso, il dinitrofenolo va considerato come un rimedio attivo ed utile, ma che può costituire un pericolo quando è usato senza discriminazione. Il suo uso non va lasciato al paziente, ma va sorvegliato dal medico. Esso va somministrato quando il regime dietetico non ha dato riduzione dell'obesità. *fil.*

Il trattamento della distrofia muscolare.

G. Strube (*Medizin. Welt*, 9 febbraio 1935) ha trattato con successo sette casi di distrofia muscolare primaria mediante la glicocolla, ottenendone un miglioramento od una sosta delle sofferenze. Tutti i malati si sentirono subbiettivamente meglio ed ebbero aumenti di peso, per lo più oltre i 5 kg. Particolarmente evidente fu in 3 casi l'aumento della forza e della capacità di lavoro. In un caso, il trattamento fu inefficace, sia per l'età del paziente (58 anni), sia perchè si trattava, in realtà, di pseudoipertrofia; ad ogni modo, anche in questo, la malattia non fece progressi durante il trattamento.

Al principio del trattamento, si ha un aumento della creatinuria, la quale si abbassa in seguito, dopo alcune settimane di trattamento.

La dose di glicocolla da somministrarsi è di 5 grammi, ripetendola 2 volte al giorno per i bambini e 3-4 per gli adulti. Invece della glicocolla, che costa molto cara, si può somministrare la gelatina (100 g. contengono 20 g. di glicocolla), in forma di minestre, limonate, ecc. *fil.*

Il pericolo dell'embolia gassosa nelle iniezioni endovenose.

Allo scopo di controllare se e quale pericolo possa presentare l'introduzione di aria nelle vene durante l'iniezione endovenosa, K. Němec (*Klin. Wochens.*, 14 gennaio 1935) ha provato su sè stesso con l'introduzione dapprima di 2 e poi a dosi crescenti fino a 10 cmc. di aria, osservando i fenomeni clinici (fonendoscopio) e le sensazioni provate. Soltanto una volta, con 10 cmc., avvertì un certo senso di inquietudine e di oppressione non durato più di 90 secondi, che poteva attribuirsi anche ad una tensione nervosa. Così pure osservò un lieve aumento della frequenza del polso, fino a 80-85, che ritornò alla norma di 74 dopo 10 minuti.

Da queste e da altre ricerche sperimentali su animali, l'A. conclude che l'eventuale introduzione nelle vene di aria fino a 10 cmc. è assolutamente senza pericolo nelle condizioni normali. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Gli effetti biologici dell'estratto di timo.

L. G. Rowntree, J. H. Clark e A. M. Hanson (*Journ. of Am. Med. Ass.*, 10 nov. 1934) rendono noti i primi risultati di loro esperienze tuttora in corso, consistenti nel trattamento di ratti con un estratto di timo di giovani vitelli ottenuto da Hanson e da questi già esperimentato per il trattamento del cancro (A. M. Hanson, « Treatment of Cancer with Thimus Extrat », *Journ. Am. Med. Ass.*, 1° mar. 1930).

Di 12 ratti prelevati all'Istituto Wistar, 4 e le loro generazioni sono stati tenuti come controllo; gli altri e relative generazioni usati per esperimento diretto. Tutti i ratti sono stati tenuti al medesimo regime dietetico e mantenuti in identiche condizioni di vita. In questo modo i controlli hanno sempre mostrato le caratteristiche morfologiche e somatiche di quelli dell'Istituto di provenienza.

Le esperienze vengono distinte in tre gruppi principali:

1° *gruppo*. Trattamento giornaliero, continuo, per generazioni successive, a base di iniezioni di 1 c.c. di estratto di timo (Hanson) per via intraperitoneale.

a) I ratti così trattati, mostrano di fronte ai controlli una maggiore fecondità, sia per quello che riguarda la frequenza delle covate che il numero di nati in ciascuna di esse; i nuovi nati sono sempre di peso superiore al normale e i loro caratteri morfologici e psichici si sviluppano con una rapidità impressionante col succedersi delle generazioni (complessivamente 5, dal 5 giugno 1933 al 15 aprile 1934).

Così, alla 4ª e 5ª generazione, il peso dei nuovi nati è in media gr. 5,3-5,6 (controlli 4-6), gli occhi si aprono dopo 1 giorno (con-

trolli 2 1/2-3 1/2), l'eruzione dei denti in alcuni è presente alla nascita (controlli 8°-10° giorno), l'apertura delle orecchie e la comparsa del pelo si verificano al 2°-3° giorno (12°-17° nei controlli), la discesa dei testicoli avviene al 4°-5° giorno (53°-62° nei controlli).

Nei nati da genitori trattati con timo si manifestano subito tutte quelle attività che nei nati da non trattati sono presenti solo verso il 15°-20° giorno.

Le curve del peso mostrano un rapido aumento, così che al 20° giorno di vita i giovani ratti pesano 2 volte più dei relativi controlli; solo al 60° giorno le curve tendono ad unirsi.

Non si è finora notato sviluppo di giganti, nè accorciamento della vita nei timo-trattati. La maturazione sessuale è precoce.

Tutto questo avviene indipendentemente dal latte della madre, perchè la precocità appare anche facendo allattare i piccoli da madri non trattate con timo e viceversa non appare nei controlli allattati da madri timo-trattate.

b) Sottoponendo a trattamento timico alcuni ratti che erano serviti fino allora da controlli, si è avuta la ripetizione dei risultati descritti.

c) Usando invece un nuovo estratto di timo (ottenuto da Hanson da una nuova sorgente) si è notato che questo, sebbene iniettato con le stesse modalità e frequenza del precedente, è molto meno efficace.

2° gruppo. Trattamento identico a quello del 1° ma sospeso per una o più generazioni.

La cessazione del trattamento coincide con la completa scomparsa della precocità nei nuovi nati, verificantesi in maniera completa alla 3ª covata dopo la sospensione. Riprendendo il trattamento, la precocità ricompare.

3° gruppo. Trattamento orale.

Con 8-10 cc. di estratto somministrato giornalmente non si sono ottenuti effetti apprezzabili.

Sfortunatamente, come fanno notare gli AA., l'esperimento è stato fatto non col vecchio estratto ma col nuovo il quale, come si è detto, anche per via intraperitoneale si mostra relativamente inefficace. Quindi le esperienze di questo gruppo devono essere riprese.

Dell'estratto è stata studiata anche la *tossicità*: a 5 cc. per via intraperitoneale in diversi casi è seguito collasso e l'elettrocardiogramma ha sempre mostrato interferenze nella conduzione e lo sviluppo di blocco auricolo-ventricolare. Con grandi dosi si è avuto blocco completo. M. RASTELLI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Sulla terapia della sifilide. — All'abbonato n. 5678 (1):

Nella sifilide recente, anche quando un'energica cura di attacco abbia fatto sparire ogni manifestazione clinica della cute o delle mucose visibili (a parte la possibilità che anche i prodotti delle secrezioni fisiologiche di per sè, siano talvolta contagiosi), gl'infermi dovranno per un anno almeno, usare ogni cautela per evitare la trasmissione ad altri della propria malattia, soprattutto per via genitale.

Cautele ancora maggiori dovranno adoperarsi nei rapporti coniugali. Senza entrare nella questione se esista una sifilide ereditaria esclusivamente *ex patre*, con incolumità, anzi con immunizzazione della madre secondo la nota legge di Colles, come un tempo si ammetteva, al sifilitico non dovrebbe essere consentito di procreare se non dopo 4 o 5 anni dall'inizio della malattia, dopo una lunga ed energica pura, possibilmente con arsenobenzoli e preparati indisciolti di bismuto, ed a distanza di almeno due anni dalle ultime manifestazioni cliniche con siero-diagnosi costantemente negative anche in seguito a riattivazione.

V. MONTESANO.

Al dott. F. C. da S. N. di C. (abbonato 11-032):

Il reattivo di Faust-Zambrini non è in vendita; occorre prepararselo da sè acquistando i prodotti da qualche stabilimento chimico-farmaceutico ben fornito. *fil.*

VARIA

Per catturare le pulci.

Le pulci hanno una piccola idiosincrasia: non lasciano che un oggetto vicino si muova, senza spiccare dei salti. Perciò, volendo catturare le pulci in un locale ove esse abbondino, basta attaccare della carta moschicida alle proprie gambe e camminare: le pulci saltano e finiscono per esser prese. Naturalmente, la carta può essere attaccata anche alle gambe di un animale. I cinesi, con l'ingegnosità che li distingue, hanno applicato questo principio; rivestono con carta moschicida un cilindro che poi chiudono entro un altro cilindro perforato, che fanno rotolare nelle stanze infestate: le pulci profittano subito dell'opportunità di venire scarrozzate... almeno per l'ultima volta.

(Da « Hygeia », dicembre 1934).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Lavori dei Laboratori Scientifici « Lazzaro Spallanzani » diretti dal Prof. G. PIGHINI - *Istituto Psichiatrico di Reggio Emilia.*

H. OLIVECROME. *Die Parasagittalen Meningeome.* Editore G. Thieme, Lipsia. Prezzo M. 24.

M. SCHWARZ. *« Eeserbte Caubheit ».* — Editore G. Thieme, Lipsia. Prezzo M. 4.

C. VENTURA. *L'Ospedale Psichiatrico Consortile Vittorio Emanuele II di Nocera Inferiore.* — Industrie Tipografiche ed Affini, Napoli. Prezzo L. 40.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ATTI PARLAMENTARI

Il bilancio dell'Educazione Nazionale alla Camera dei Deputati.

È stato discusso al Senato del Regno su relazione dell'on. Baccelli.

Ci limitiamo a riferire su quelle parti che possono interessare maggiormente i nostri lettori.

Il sen. Giordano occupandosi degli studi medici lamenta che gli studenti abbiano troppo scarsi contatti con il malato. Vorrebbe che tra la laurea e l'esame di Stato decorresse un certo intervallo durante il quale si dovrebbero studiare la clinica medica e chirurgica.

Il sen. Maragliano è lieto di constatare che l'insigne camerata ora preposto al Governo dell'Educazione Nazionale abbia affermato chiaramente la necessità di un ulteriore cammino della Rivoluzione in questo settore della vita italiana. In ordine a ciò egli nota che lo spirito fascista non è penetrato nelle università, sia per quel che riguarda la formazione del corpo insegnante, sia per quanto riguarda l'organizzazione degli insegnamenti.

Gli insegnamenti nella facoltà di medicina sono organizzati in base a concezioni dottrinali senza riguardo alla finalità degli studi, per cui i giovani non sono preparati all'esercizio degli uffizi e delle professioni come prescrive l'art. 1 della legge. È quindi necessario coordinare l'insegnamento alle finalità positive delle lauree.

L'esame di Stato, che nello spirito della legge deve essere nettamente diverso da quello di laurea e deve documentare la capacità all'esercizio delle professioni, non corrisponde allo scopo per cui è istituito, almeno per quanto riguarda la facoltà di medicina.

Il riconoscimento della capacità di esercitare le professioni sanitarie dovrebbe essere funzione del Ministero dell'Interno, tutore della pubblica salute, come per le professioni legali è da tempo annesso al Ministero di grazia e giustizia.

L'oratore riconosce ed esalta i diritti dell'alta cultura e vuole che essi siano rispettati. Ritiene necessario dar loro una sede superiore in Roma, come elette menti caldeggiano.

L'insegnamento universitario è per sua natura analitico. Per costruire è necessaria la selezione sintetica dei referti analitici. A tale scopo l'oratore stima necessaria la creazione di uno speciale istituto superiore.

Il Capo del Governo ha già, con la sua acutezza, compreso questa necessità, dando vita a scuole superiori, nel campo degli studi medici, per la tubercolosi, per il cancro, per la malaria. Creandone altre per discipline sociali, biologiche e giuridiche, e raggruppandole, si verrebbe a costituire una superuniversità alla quale accorrerebbero gli studiosi da ogni parte del mondo, e rivivrebbe per essa il pensiero latino in tutti i campi ed in ogni sua manifestazione. Tale istituzione avrebbe particolare importanza dal punto di vista politico e coronerebbe la grande opera costruttiva del Duce, rivolta a rinnovare nel mondo la coscienza della missione di Roma, maestra e banditrice di coltura e di civiltà.

Il sen. Pende vuole che nella scuola fascista venga data una nuova valutazione al fattore uomo.

Tra le innovazioni da apportare in questo campo sarà prima di tutte l'accertamento obbligatorio della personalità individuale somatica e psichica dello scolaro. A tal fine sarebbe bene adottare quella scheda, individuale e obbligatoria, di crescenza che ha cominciato a compilare l'Opera Nazionale Balilla.

Tale scheda permetterà all'educatore di conoscere l'efficenza e le deficenze del ragazzo, gli permetterà di attuare la normalizzazione delle irregolarità di sviluppo somatico e psichico così frequenti negli scolari, che l'oratore ha potuto sperimentare nell'istituto di Genova, affidato alla sua direzione, per lo studio sulla crescenza e per la normalizzazione delle sue anomalie.

Sarà così possibile evitare i danni di quella mediocrità scolastica che è diffusissima e che si rileva anche dai risultati degli esami di Stato. Saranno corrette le anomalie che interessano soprattutto la volontà, lo spirito di concentrazione e la memoria anche in individui forniti di svegliata intelligenza.

L'educazione fisica impartita ai giovani dalle organizzazioni dell'Opera Nazionale Balilla è superiore ad ogni elogio, ma occorre distinguere l'educazione fisica ortogenetica, dalla preparazione atletica e campionica. Una lacuna che occorre rilevare nella scuola riguarda l'educazione dei sentimenti etici e soprattutto altruistici. Se l'educazione fisica forma alcuni elementi del carattere, con essa si trascura la educazione dei sentimenti altruistici.

Un altro punto fondamentale è l'orientamento e la selezione dello scolaro che può esser compiuta sia alla fine della scuola primaria come alla fine della scuola secondaria. Spesso si trovano giovani che sembrano aver sbagliato strada e sono inadatti alla loro professione per la cattiva scelta dell'ordine di studi. La scuola deve intervenire affinchè ogni uomo stia al suo giusto posto.

Ma non si possono chiudere le porte dell'Università a nessuno, senza prima averne sperimentato le capacità. L'oratore perciò crede che, alla fine degli studi secondari, il giovane dovrebbe fare un anno obbligatorio di prova e sostenere quindi un esame. Dopo ciò si saprebbe con certezza se quel giovane è fatto per percorrere la strada da lui scelta o se, percorrendola, sarebbe un peso morto per la Nazione.

La divisa della scuola fascista deve essere: volontà e forza di potenza dominate dalla saggezza. Noi abbiamo, per nostra fortuna, la fusione di questi due elementi nell'Uomo che regge le sorti della Patria.

Il sen. Giannini circa l'insegnamento superiore confessa di non essere nè per l'assoluta libertà nè per l'assoluta restrizione, ma piuttosto per una soluzione intermedia.

Il sen. De Marchi rileva che gli inconvenienti generalmente accusati nel campo dell'insegnamento universitario dipendono dal fatto che le Università vogliono conservare il loro carattere originario di istituti di alta cultura. La preparazione scientifica potrebbe essere limitata alle maggiori università, corredandole dei mezzi e del personale necessario e con molteplicità di corsi, anche mutevoli di anno in anno.

Dopo brevi considerazioni del relatore, l'on. De Vecchi ha pronunziato un ampio discorso, in cui ha rilevato tra l'altro che occorre contemperare la tradizione e il progresso. Ha esposto quale è il significato della nostra più alta tradizione, la « romanità », fascisticamente intesa.

Circa le Università, il Ministro dichiara che una più precisa disciplina ed una maggiore organicità delle funzioni nel riaffermato principio dell'autorità totalitaria dello Stato daranno ai nostri Atenei, sempre più frequentati dagli stranieri e più affollati di nostri giovani, tutta la intensità didattica e la forza espansiva della quale sono capaci.

Ha lumeggiato le benemerenze dell'Opera Nazionale Balilla verso la Nazione. Ha rilevato che la scuola avvierà non solo alla vita civile ma anche a quella militare.

Nella scuola — ha concluso il Ministro — le generazioni degli italiani nuovi debbono trovare le correnti più genuine della vita, anche individuale, soltanto nella società, nella vita comune, nello Stato, legati per questo cemento da uno stile di serietà, di fede, di attiva intelligenza, stile nostro italiano, fascista, di gente di carattere e perciò romano.

Ognuno in questo grande crogiolo deve farsi degno dell'ora che viviamo, ora piena di destino conquistata al popolo nostro.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Le nuove discipline giuridiche delle professioni sanitarie.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica il decreto legge riguardante le nuove discipline giuridiche dell'esercizio delle professioni sanitarie.

Gli ordini provinciali dei medici chirurghi, dei veterinari, dei farmacisti sono soppressi. Le funzioni attualmente di spettanza dei Consigli amministrativi degli ordini, per quanto concerne la custodia degli albi professionali e i poteri disciplinari nei confronti degli iscritti, sono esercitate dai direttorii dei rispettivi Sindacati fascisti provinciali di categorie.

Ciascun Sindacato provinciale dei medici chirurghi, dei veterinari, dei farmacisti e delle levatrici ha un albo permanente, in cui sono inscritti i professionisti della rispettiva categoria residenti nella provincia. All'albo dei medici chirurghi è aggiunto l'elenco transitorio dei dentisti abilitati ad esercitare l'esercizio della professione a norma del R. D. legge 13 gennaio 1930.

Per l'esercizio di ciascuna delle professioni sanitarie è necessaria l'iscrizione nel rispettivo albo.

Il decreto precisa le norme per la costituzione degli albi e per la disciplina degli inscritti. Fissa, poi, le modalità per la formazione e il funzionamento della commissione centrale istituita presso il Ministero dell'interno.

Cronaca del movimento professionale.

Il collocamento a riposo dei medici condotti.

In ossequio al disposto del nuovo Testo Unico delle leggi sanitarie, nei comuni del Regno sono in corso i collocamenti a riposo dei sanitari che, oltre a 65 anni di età, abbiano anche compiuto i quaranta di servizio e di quelli che abbiano compiuto 70 anni di età e 35 di servizio.

Tenuto conto che molti di questi sanitari più anziani non sono iscritti alla Cassa di previdenza per la pensione e che verranno a trovarsi, col collocamento a riposo, privi di stipendio e di assegno di pensione, il Ministero degli Interni, anche per aderire alle premure del Sindacato nazionale dei medici, ha autorizzato le Prefetture ad impartire disposizioni ai dipendenti comuni perchè esaminino, con ogni benevolenza, l'opportunità di trattenere in servizio i sanitari stessi in qualità di interini dopo il collocamento a riposo, e ciò fin tanto che non siano espletati i concorsi e nominati i nuovi titolari dei posti da essi ricoperti.

Per una tariffa medica nazionale.

Dal Sindacato Nazionale Fascista dei Medici è stata nominata una Commissione, presieduta dall'on. E. Morelli, per studiare e coordinare le tariffe per le prestazioni medico-chirurgiche delle singole provincie e per compilare una tariffa a carattere nazionale che dovrà essere sottoposta all'approvazione del Ministero delle Corporazioni.

Nella prima riunione della Commissione sono stati intanto fissati i seguenti criteri:

1) la tariffa nazionale è unica e vale solo per il medico generico. Nessun medico con titoli speciali potrà far visite a onorari inferiori;

2) la tariffa rappresenta l'onorario minimo compatibile del decoro professionale;

3) è facoltà del Sindacato provinciale dei medici di modificare tale tariffa entro la misura del venti per cento in più o in meno a seconda della località e delle condizioni economiche locali;

4) in ottemperanza alle direttive del Regime, la tariffa verrà ridotta del quindici per cento al capo di famiglia con sei figli a carico.

Contro l'esercizio abusivo dell'odontoiatria.

Al Ministero dell'Interno è stata indirizzata dall'on. Perna un'interrogazione per conoscere se, di fronte al persistere nel campo professionale medico dell'esercizio abusivo dell'odontoiatra e al

suo intensificarsi in alcune provincie, non ritenga necessario ed urgente emanare nuove e più severe disposizioni.

Il Sottosegretario di Stato agli Interni, on. Guidi-Buffarini, ha inviato la seguente risposta scritta:

« Le sanzioni comminate a carico dei contravventori delle vigenti disposizioni (Codice Penale e Testo Unico delle Leggi sanitarie) e la assidua vigilanza che le Prefetture — in ottemperanza alle categoriche e ripetute istruzioni impartite dal Ministero dell'Interno — esercitano per reprimere l'esercizio abusivo delle professioni sanitarie, devono ritenersi misure adeguate per prevenire e occorrendo reprimere efficacemente l'abusivismo da parte degli odontotecnici.

« Comunque, per aderire alle premure dell'onorevole interrogante, il Ministero dell'Interno non mancherà d'impartire nuove istruzioni ai Prefetti perchè intensifichino la vigilanza sui gabinetti dentistici, applicando con rigore le sanzioni previste a carico dei contravventori e promuovendo tutte quelle altre misure che valgano ad infrenare l'abusivismo e ad evitare possibilità di dubbi e di equivoci circa la sfera di attività dei singoli esercenti ».

Cassa malattie per gli addetti agli Istituti privati di cura.

Fra la Federazione nazionale fascista dei lavoratori del turismo e dell'ospitalità e la Federazione nazionale fascista degli istituti di cura privati è stato stipulato un contratto nazionale che rende obbligatoria l'iscrizione alla Cassa malattia per i prestatori d'opera dipendenti dagli Istituti privati di cura. Il contributo che il datore di lavoro è obbligato a versare è ripartito così: per il personale impiegatizio due terzi a carico del datore di lavoro e un terzo a carico del prestatore d'opera; per il personale non impiegatizio metà a carico del datore di lavoro e metà a carico del prestatore d'opera. Le due Federazioni hanno inoltre risolto il quesito concernente l'iscrizione per quei professionisti medici che non prestano la loro opera quali consulenti, ma sono legati agli Istituti di cura privati da vero e proprio rapporto di impiego con obbligo di presenza e di orario d'ufficio, in quanto se devesi in tale caso riconoscere la natura professionale delle loro prestazioni, non può farsi meno, al contempo, di accertarne la natura impiegatizia.

Ai medici che intendono recarsi in Cina.

Il R. Consolato d'Italia a Tien-tsin, riguardo alla possibilità di una immigrazione e conseguente attività di intellettuali italiani nella suddetta circoscrizione consolare, comunica:

« Per ciò che riguarda l'immigrazione intellettuale, ci sarebbe qualche possibilità di sistemazione, specie fra medici ed ingegneri, a condizione tuttavia, che si tratti di professionisti esperti nella lingua inglese e disposti a studiare quella cinese e che abbiano un piccolo capitale di scorta per sopperire alle difficoltà del primo momento.

« L'attività dei professionisti italiani in Cina non potrebbe limitarsi alla sola comunità italiana che è dappertutto esigua, ma dovrebbe tener conto della possibilità di lavorare coi cinesi e con gli altri stranieri ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Direttore della Sezione dispensariale di Osimo. Proroga a data da stabilire.

BRESCIA. *Amministraz. Prov.* — Secondo medico primario dell'Ospedale Psichiatrico; stip. L. 16.000 e supplem. serv. att. L. 4300, c.-v., alloggio, due quadrienni di L. 800 e di L. 1000; età limite 35 a.; tassa L. 30. Scad 15 aprile.

CANOSA DI PUGLIA (*Bari*). *Ospedale « Caduti in Guerra ».* — Scad. 10 aprile; chirurgo primario; titoli ed esami. Rivolgersi alla Congregaz. di Carità.

CHIETI. *Congregaz. di Carità.* — A ore 13 del 20 apr., chirurgo aiuto e chirurgo assistente nell'Ospedale Civile della SS. Annunziata; tassa lire 50,10; documenti a 3 mesi; stipendio annuo lire 1772,30; c.-v. L. 332,40; proventi sulle operazioni; il tutto ridotto delle aliquote come per legge e del contributo personale all'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale; nomine e conferma quadriennali; servizio entro 15 giorni. Chiedere avviso.

COMISO. — (Vedere RAGUSA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare*).

FANO. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 12 giugno; un posto di primario medico del reparto oftalmico ed uno di medico radiologo nel Civico Ospedale Santa Croce; chiedere annunzi alla Segreteria.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Al 30 aprile, ore 17, assistente med.-chir. per il Gabinetto di radiologia, elettrodiagnostica ed elettroterapia; titoli ed esami; età limite 30 a.; L. 6400, c.-v., indennità e proventi regolamentari. Tassa L. 50. Chiedere avviso. Doc. a 3 mesi dal 12 marzo.

LIDO DI VENEZIA. — (vedere VENEZIA).

LITTORIA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Direttore del Consorzio e del Dispensario prov., Ispettore del Dispensario e delle Sezioni Dispensariali; L. 18.000; indennità trasferte. Scad. ore 12 del 15 aprile. Età limite 40 a. Tassa L. 50. Chiedere copia del bando.

LOCRI. — (vedi REGGIO CALABRIA).

LUCCA. *RR. Spedali ed Ospizi.* — Medico Assistente di medicina. Stipendio annuo L. 4000, più vitto e alloggio. Età massima anni 30 (salvo eccezioni di legge). Tassa L. 50,10. Scadenza 31 maggio 1935-XIII.

MANTOVA. *Istituti Ospedalieri.* — Scad. 15 maggio; aiuto chirurgo; L. 6000 e c.-v.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10. Rivolgersi alla Segreteria del Consiglio d'Amministrazione.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Scad. 7 giugno, ore 16; medico primario; L. 7850 ridotte; tassa L. 50; età limite 40 anni; titoli ed esami. Documenti a 3 mesi dal 7 marzo. Chiedere annunzio alla Sopraintendenza, via Ospedale 5, Milano.

MILANO. *Ospedale Fatebenefratelli - Fatebenesorelle. Ciceri-Agnesi.* — Scad. 30 aprile; aiuto chirurgo. Rivolgersi alla Segreteria.

MODICA. — (Vedere RAGUSA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare*).

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Concorso per titoli ed esami ad assistente effettivo di chirurgia e ad assistente presso i Reparti speciali malati di petto; stipendi rispettiv. L. 5000 e L. 5500 lorde; medaglie L. 30; stanza se disponibile, con obbligo di pernottarvi; scad. ore 17 del 26 aprile. Età limite 33 anni al 20 marzo. Chiedere avviso.

PALERMO. *Associazione contro la tubercolosi.* — Concorso per titoli ed esami a medico capo-reparto del Sanatorio « V. Cervello »; nomina e conferme quadriennali; L. 12.000 lorde e quadrienni decimo; vitto durante le ore di servizio. Scad. ore 12 del 10 maggio; età limite 40 anni al 18 marzo. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria dell'Ufficio amministrativo (via Divisi 93).

PALMI. — (vedi REGGIO CALABRIA).

RAGUSA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 60 giorni dall'8 marzo, direttore del Consorzio e del Dispensario Prov.; nomina e conferma quinquennali; restano ferme le altre condizioni già stabilite con altro bando.

RAGUSA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 16 maggio, ore 19; direttori delle Sezioni dispensariali di Comiso, Modica e Vittoria; aiuto medico del Dispensario Provinc. Antituberc. di Ragusa; per tutti, stipendio L. 5000 (è deliberato l'aumento a L. 7500) e 4 quadrienni dec.; la nomina ha la durata di un quinquennio e può essere riconfermata.

RAGUSA. *Ospedale « Benito Mussolini ».* — Per 60 giorni è aperto concorso titoli Aiuto Chirurgo addetto Reparto Chirurgia, Ostetrico e Maternità Infanzia. Abilitazione professione medico chirurgo almeno tre anni, servizio prestato quale aiuto od assistente per almeno due anni in Istituti universitari di Clinica o Patologia chirurgica ovvero in Reparti chirurgici di Ospedali importanti. Frequenza corsi di perfezionamento e disimpegno incarichi branca ostetrico - ginecologica. Stipendio L. 5000, indennità L. 2000. Compartecipazione 10 % sulle prestazioni agli ammalati a pagamento; sostituendo primario 50 %. Ragusa, 15 marzo 1935-XIII. Il presidente: Azzaro.

RAGUSA. *Ospedale B. Mussolini.* — È aperto concorso titoli due posti infermiere retribuiti L. 3000 ciascuno al lordo, massimo età anni 35 salvo eccezione di legge e due posti infermiera retribuzione L. 2400 lorde ciascuna, massimo età anni 30, salvo stesse eccezioni. Termine presentazione titoli 19 maggio 1935. Ragusa, 20 marzo 1935-XIII. Presidente: Azzaro.

REGGIO CALABRIA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Direttori delle Sezioni dispensariali di Locri e di Palmi; titoli ed esami; scadenza ore 19 del 25 aprile. Stipendio anuno L. 8000. Indennità di trasferte e missioni. Tutto soggetto a trattenute e riduzioni di legge. Età massima anni 40 s. e. l. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria.

ROMA. *Ministero delle Colonie.* — Sono banditi i concorsi per posti di ispettore di sanità pubblica in Eritrea ed in Somalia. I bandi sono pubblicati sulla « Gazzetta Ufficiale » N. 27.

TRIESTE. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 29 mag., ore 12; direttore del Consorzio e del Dispensario prov., 1 medico aiuto del Dispensario prov. e del Dispensario mobile, 3 direttori di Sezione, 5 assistenti sanitarie visitatrici. Rivolgersi alla segreteria del Consorzio, via Geppa 21.

VENEZIA. *Ospedale al Mare.* — Medico direttore e medico assistente; rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto.

VERONA. *Amministr. Provinc.* — A tutto 30 giugno, coadiutore presso la Sez. med.-micrograf. del Laboratorio Prov. d'Igiene e Profilassi; età limite 32 a.; docum. a 3 mesi dall'1 mar.; L. 13.000 e 3 quadrienni di L. 600, L. 800 e L. 900; serv. att. L. 4000; 15 % provento analisi; serv. entro 15 gg.

VERONA. *Amministraz. Provinc.* — Al 30 aprile, ore 18, medico primario aggiunto ai Sanatori di Verona in Ponton di Valpolicella e alla Groda di Verona in Ponton di Valpolicella e alla Groda di S. Ambrogio; stip. L. 11.600 oltre L. 1800 indennità serv. att. e L. 1000 indenn. residenza; 3 quadrienni di L. 600, L. 700 e L. 800; età limite 35 a. Divieto esercizio professionale. Chiedere altre condizioni. Scad. 30 apr.

VITTORIA. — (Vedere RAGUSA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare*).

CONCORSI A PREMI.

Fondazione « Lady Tata ».

Questa Fondazione venne creata nell'aprile 1932, dal compianto Sir Dorabji Tata, di Bombay, in ricordo della moglie Lady Tata, allo scopo di promuovere le ricerche sulle malattie del sangue ed in particolare sulla leucemia. Sono state messe a disposizione le somme necessarie per creare delle borse di studio. Un quinto dei redditi è destinato a indù; i quattro quinti possono essere assegnati a studiosi di tutti i Paesi. Sono attualmente in corso quattro borse di studio; possono essere continuative per più anni, ma si prevede che nel 1935 se ne renderanno vacanti due; importano 400 sterline (incirca 22.500 lire it.) l'anno, ciascuna. Rivolgere domanda non oltre il 15 aprile al Prof. A. Vacha, Calvinstrasse 27, Berlin NW 40, Germania; egli invierà i formulari ai richiedenti.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Antonio Merlini, aiuto chirurgo nell'Ospedale di Teramo, è nominato primario chirurgo nell'Ospedale Vittorio Emanuele III di Piombino.

Il prof. Plinio Atzeni-Tedesco, di Cagliari, è nominato primario medico nell'Ospedale Civile di Reggio Calabria.

La Società Medico-Chirurgica di Bologna ha recentemente proceduto al rinnovamento delle cariche sociali. Sono stati eletti: presidente, il prof. Giuseppe Moriani, direttore dell'Istituto di Medicina Legale della R. Università; vice presidente, il prof. Giovanni Dagnini, primario nell'Ospedale Maggiore; segretario, il prof. Pietro Mailnoldi; vice segretari, i dottori Donato Alestra e Dino Donati; direttore del Periodico Sociale « Bullettino delle Scienze Mediche » il prof. Maurizio Pincherle, direttore della Clinica Pediatrica della R. Università.

NOTIZIE DIVERSE.

Riunione straordinaria dell'Accademia Medica Lombarda sulle onde corte in Medicina.

In occasione della Giornata Medica della Fiera di Milano, organizzata dal Sindacato Provinciale Fascista dei Medici, l'Accademia Medica Lombarda ha indetto, per i giorni 24 e 25 aprile c. a., una Riunione di Medici allo scopo di discutere, sentite le relazioni di autorevoli personalità sull'argomento, il problema delle Onde Corte, sia dal lato scientifico, che pratico.

La seduta inaugurale, alla quale subito seguiranno i lavori del convegno, avrà luogo nell'aula dell'Istituto di Patologia Medica, via F. Sforza 35, alle ore 9 del 24 aprile. Alla riunione presenzierà l'on. prof. Eugenio Morelli, segretario del Sindacato Medico Nazionale.

I temi delle Relazioni saranno i seguenti: 1) ing. Leroy, Parigi: « Fisica delle onde corte; Il fattore energia; Sue determinazioni; Sua influenza »; 2) ing. prof. Pugno Vanoni della R. Università di Milano: « Gli apparecchi ad onde corte, a valvola ed a spinterometri » (con proiezioni); 3) prof. Bergami, R. Università di Milano: « Azioni biologiche delle onde corte »; 4) prof. Schliephake, Jena: « Azioni specifiche qualitative delle onde corte » (con esperimenti); 5) prof. Auclair, Fondazione Rothschild di Parigi: « Elettropiressia »; 6) prof. Cignolini, R. Università di Genova: « Azione delle onde corte sul sistema nervoso vegetativo »; 7) prof. P. Liebesny, Università di Vienna: « Le basi ed i risultati terapeutici delle irradiazioni atermiche delle onde corte » (con proiezioni); 8) prof. Izar, R. Università di Messina: « Le onde corte in medicina interna ».

Dopo ciascuna relazione, della durata massima di 30 minuti, sarà concessa la più ampia facoltà di discussione. Un riassunto delle singole relazioni in diverse lingue sarà consegnato ai partecipanti alla riunione prima di iniziare i lavori e ciò per facilitarne la discussione. Le relazioni integrali e le discussioni eventuali che hanno provocate, saranno pubblicate a cura dell'Accademia Medica Lombarda su uno speciale fascicolo.

La Giornata Medica della Fiera del 25 aprile comprenderà una visita alla Fiera, una conferenza del prof. P. Piccinini, un ricevimento a Palazzo Marino offerto da S. E. il Podestà ed uno spettacolo teatrale al Dopolavoro dell'Azienda Tramviaria Municipale con una commedia musicale del prof. C. Baslini.

I partecipanti potranno fruire dei ribassi ferroviari concessi per la Fiera di Milano.

Per informazioni dettagliate, si prega di rivolgersi al Comitato organizzatore (prof. A. Vinaj, prof. Bergami, dott. Cirla), presso l'Accademia Medica Lombarda e il Sindacato Medico Provinciale, piazza Duomo 20, Milano.

La Mostra degli ospedali italiani.

Il Comitato Nazionale Ordinatore del IV Congresso Internazionale degli Ospedali, presieduto da S. E. il Prefetto Spano e che si terrà a Roma nel maggio prossimo sotto l'alto patronato del Duce, ha preso l'iniziativa, come abbiamo già detto, di presentare al pubblico straniero ed italiano partecipante al Congresso, lo sviluppo preso dalla assistenza ospedaliera in Italia.

Il ritmo di miglioramento dei servizi ospedalieri italiani, già accentuato prima dell'ultimo decennio, si è andato intensificando in modo mirabile in questi ultimi anni. Dappertutto le amministrazioni ospedaliere, trascinate anche esse dall'impulso vivissimo che emana dal Governo, procedono ad ampliamenti e riordinamenti di vecchie costruzioni intonandole ai bisogni nuovi ed edificano Istituti ospedalieri di carattere monumentale, aperti a tutte le esigenze più moderne e complete della assistenza e dello studio dei malati.

Questo fervore di vita e di rinnovamento non è avvertito dai più. Le iniziative lodevoli spesso non varcano per notorietà la breve cerchia provinciale o regionale; sparse ed isolate senza un legame ideale, o una coordinazione materiale che ne prospetti i rapporti e le interdipendenze, sono ignorate da noi stessi. E saranno ignorate altresì dai sanitari delle altre Nazioni e degli altri continenti, se noi non provvederemo a segnalarle.

Da queste considerazioni è germogliata l'idea di preparare a Roma, in occasione del Congresso Internazionale degli Ospedali, una Mostra degli Ospedali Italiani, la cui complessa organizzazione è affidata allo spirito alacre ed alla grande competenza del prof. Nicola Sforza, primario medico degli Ospedali Riuniti di Roma

Essa non sarà solamente un'arida raccolta di cimeli, che abbia valore storico ed estetico per sè. Il significato di una tale esposizione sta nel documentare la genesi ed il processo di un movimento che, nato da uno dei più elevati bisogni spirituali, la pietà verso chi soffre, ha saputo, nel corso dei secoli, con l'apostolato dei suoi santi eroici, con la creazione di Istituti, con il sapiente ordinamento civile della beneficenza, associare allo spirito di altruismo le conquiste più perfette della tecnica della assistenza, e mantenere vivo, nel nuovo indirizzo del dovere sociale di soccorrere i colpiti, il significato costante di un atto di bontà umana.

La Mostra degli Ospedali Italiani, pertanto, comprenderà l'esposizione dei nostri gloriosi Istituti con la loro storia artistica, l'illustrazione della vita dei pionieri della nostra idea, la documentazione dei progressi edilizi e tecnici nel nostro campo di azione. Sarà una doviziosa raccolta di documenti che prima d'ora non è stata mai attuata, e costituirà una ricca miniera di indagine e di meditazione per gli studiosi, ed una fonte sempre fresca di ispirazione per gli spiriti colti.

Essa è divisa in tre Sezioni: Sezione retrospettiva, Sezione tecnico-sanitaria, Sezione tecnico-edilizia; raccoglierà le testimonianze della tradizione storica, gli aspetti tecnici degli ordinamenti sanitari, i progressi tecnico-edilizi realizzati specialmente nell'ultimo decennio.

L'inaugurazione coinciderà con l'inaugurazione del Congresso, che cadrà il 19 maggio, ma la Mostra rimarrà aperta fino al 30 giugno. Facilitazioni ferroviarie saranno offerte.

Convenzioni culturali dell'Italia con l'Austria e l'Ungheria.

Il 2 febbraio venne firmata in Roma dal Duce e dal Sottosegretario di Stato austriaco per la pubblica istruzione un accordo, in forza del quale sorgeranno a Vienna un Istituto Italiano di Cul-

tura ed a Roma un Istituto Austriaco consimile. L'Istituto Italiano a Vienna sarà diretto dal sen. Salata e probabilmente comincerà a funzionare tra qualche mese.

Analogo accordo è stato firmato il 16 febbraio anche a Roma dal Duce e dal Ministro Ungherese della pubblica istruzione. Gli Istituti italiano a Budapest ed ungherese a Roma saranno installati presto.

Scopo di questi istituti di cultura è di favorire lo studio delle arti, delle scienze e della lingua dei paesi interessati, di attuare lo scambio di studenti e di professori e di servire come organi di coordinamento e di esecuzione dei compiti intesi a rafforzare i rapporti italo-austriaci ed italo-ungheresi. L'opera di tali Istituti contribuirà molto a stringere legami intellettuali e culturali fra i tre Paesi anche nel campo medico.

L'azione del Governatorato di Roma contro gli abusi in materia di professioni sanitarie.

Il lavoro espletato dall'Ufficio d'igiene e sanità del Governatorato di Roma nel 1934 è stato intenso.

Notevole, per l'importanza sociale e per i risultati ottenuti, è stata la vigilanza ininterrotta, inflessibile e severa esercitata sul commercio, sulla prescrizione e sull'uso di sostanze stupefacenti. Basti ricordare che, in seguito a tale vigilanza, sono stati denunziati all'Autorità giudiziaria, durante il decorso anno, ben dieci medici dei quali sei per inosservanza delle disposizioni che regolano la prescrizione degli stupefacenti e per favoreggiamento nell'uso fraudolento delle sostanze stesse, tre per falso in compilazione di ricette per stupefacenti ed acquisto fraudolento di essi, uno per mancata denunzia all'autorità di P. S. di persona dedita all'uso di eroina.

Nella speciale branca della odontoiatria è stata svolta una assidua vigilanza sull'abusivismo, tanto comune in questo campo, e sono stati denunziati all'A. G. sei dentisti abusivi.

Ininterrotta è stata la sorveglianza esercitata sulle farmacie.

Importante è stata la vigilanza circa l'uso sperimentale dei prodotti terapeutici dei quali non è ancora autorizzata la vendita per il pubblico.

Nè è stata trascurata la necessaria vigilanza sull'esercizio delle levatrici, sulle agenzie collocamento delle balie e sugli infermieri e sugli ausiliari tutti delle professioni sanitarie.

La lotta antimalarica a Taranto.

In una recente riunione, il Comitato Antimalarico di Taranto ha provveduto a studiare dettagliatamente le esigenze della situazione attuale e a procurare i mezzi di lotta, precisando che quest'anno si darà il massimo impulso alla lotta antilarvale mediante il trattamento delle gronde, stagni, canali ecc. col « verde di Parigi » e con l'impiego, per la prima volta, a titolo di esperimento, di una miscela di olio di rifiuto dei motori a petrolio.

Saranno effettuate come sempre la profilassi e la cura degli abitanti delle zone malariche mediante la gratuita somministrazione del chinino di Stato e di altri medicinali sussidiari all'uopo preordinati.

Nella stampa medica.

Il dott. Dartigues ha fondato una rivista di chirurgia, basata su uno spirito nuovo: elimina il testo e presenta la sola iconografia dei principali capitoli della chirurgia; costituisce, dunque, un album. Reca il titolo di « Chirurgie Nouvelle ». Il primo fascicolo, in edizione splendida, di 16 tavole, riguarda la chirurgia plastica ed estetica; il successivo fascicolo concernerà la chirurgia del simpatico. Del comitato fa parte il prof. Donati. Segretario di redazione è il dott. Milhiet, ex interno degli ospedali di Parigi. La redazione ha sede in rue de la Pompe 81, Parigi. Editore è S. Lepine, rue d'Amsterdam 39, Parigi.

A Rio de Janeiro si è avviata la pubblicazione di « Biologia Medica », bimestrale, diretta dal dott. Vital Brazil jun.

A San Juan (Porto Rico) si è cominciato a pubblicare il « Digesto Medico », mensile.

Azioni giudiziarie.

Il dott. Louis Barail, della Facoltà medica di Nancy, aveva fondato a Parigi una « Scuola dentaria superiore di radiologia e di fisioterapia », che rilasciava dei diplomi. Su denunzia del Sindacato medico della Senna e del Sindacato dei chirurgi dentisti, egli è stato processato dalla 13ª Camera correzionale di Parigi e condannato a corrispondere 500 franchi di danni-interessi a ciascuno di questi due Enti, nonchè a 500 franchi di ammenda.

Le due parti agenti si sono appellate contro la sentenza, e la 9ª Camera della Corte d'appello ha ora emesso una sentenza che raddoppia l'importo dei danni-interessi. Il dispositivo della sentenza rileva che la legge francese consente il rilascio di titoli accademici solo da parte degli istituti superiori statali.

L'amministratore del grande sanatorio francese « Clairvivre » per i feriti del polmone aveva querelato l'« Action pharmaceutique », simultaneamente a Cahors ed a Parigi, per diffamazione e ingiurie, in seguito alla pubblicazione di un articolo di Paul Garnal, contenente critiche aspre. Il tribunale di Cahors ha assolto il periodico querelato, perchè l'articolo, pur essendo vivacissimo, non ha oltrepassato il diritto di critica; ha condannato il querelante alle spese. Egli si è appellato. È anche in corso l'altro giudizio.

Il sen. Durante commemorato all'Università di Roma.

Per iniziativa della R. Università e della R. Accademia medica di Roma, il prof. Roberto Alessandri, direttore della clinica chirurgica universitaria, ha tenuto, nell'aula della clinica stessa, una solenne commemorazione del sen. Francesco Durante, maestro di chirurgia e suo predecessore.

Il prof. Alessandri, con parola ricca di dottrina e vibrante di commozione, ha rievocato la figura del sen. Durante, illustrando l'opera da lui svolta a vantaggio della scienza, della clinica e dell'insegnamento.

" Tra marmi e parole ".

Il dott. Alfonso Fusco, medico a Romanengo (Cremona), già noto ai nostri lettori per le sue rievocazioni e rivendicazioni di Storia della Medicina, attende ora ad una raccolta di epigrafi e di monumenti che siano quasi un complemento al suo libro « Eroi della Medicina ».

Egli ricerca sopratutto, più che i monumenti per così dire illustri ed ufficiali, le modeste me-

morie, attestati di affetto e di riconoscenza, spersi il più delle volte sotto gli atrii di piccoli comuni o sulle mura di case che videro il dolore e la mano sapiente che cercò di lenirlo.

Il Fusco invita i colleghi a volergli gentilmente comunicare dati e memorie.

Un po' dovunque.

Relatori del tema « nefrosi e nefriti in rapporto alla chirurgia », che sarà trattato nei Congressi indetti pel 1936 dalle Società italiane di Medicina e di Chirurgia, sono stati designati i proff. Taddei per la parte chirurgica e Silvestrini per la medica.

Alla Conferenza farmaceutica britannica, dal presidente dott. C. M. Hampshire è stata prospettata l'utilità di una farmacopea internazionale, ora che i rapporti fra i vari Stati sono molto intensificati, per mettere in grado medici e farmacisti di ogni nazione di non dovere più rinunciare alle prescrizioni di formule appartenenti ad altre farmacopee, che non sempre sono alla portata di mano per i possibili ragguagli e controlli.

Il Congresso annuale della Federazione delle Società delle Scienze Mediche dell'Africa settentrionale si terrà ad Orano dal 10 al 13 aprile, sotto la presidenza del dott. Abadie, chirurgo primario in quell'Ospedale Civile. Tema in discussione: le cisti idatidee nell'Africa del Nord; si terranno anche varie conferenze. Segretario generale è il dott. Paul Gasser, rue Général-Joubert 3, Oran, Algeria.

La 9ª Conferenza degli psicoanalisti di lingua francese si è tenuta a Parigi il 2 febbraio, sotto la presidenza del dott. G. Parcheminey.

Indetto dalle Società lombarde di chirurgia e medicina, sè tenuto a Milano un convegno per discutere il problema dell'appendicite cronica. Esso è stato presieduto dai proff. M. Donati e A. Ferrata.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata il 15 e il 21 febbraio, l'1 e l'8 marzo, sotto la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario dott. G. Robba. Sono state fatte comunicazioni da: C. Ravasini, G. Nicolich, M. Novak, G. Lautieri, M. Ravalico; L. Winternitz; L. Lovisato; E. Freund, G. Macchioro.

L'Istituto fascista di cultura di Milano ha organizzato un ciclo di conferenze sulla lotta del Regime contro le malattie sociali. Sono state tenute conferenze dai proff. Bertarelli, Morelli, Devoto, Donati e Lasio; hanno riguardato la malaria, la tubercolosi polmonare, le più salienti conquiste igienico-sociali del Regime, il cancro, la tubercolosi renale.

Con molta solennità è stato inaugurato a Vienna, dal Cancelliere austriaco, l'Istituto italiano di cultura.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 8 Aprile 1935 - XIII Num. 14

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

R. Clinica delle Malattie Tropicali e Sub-Tropicali - Roma

Direttore: Sen. Prof. ALDO CASTELLANI.

Contributo clinico alla conoscenza della metadissenteria.

Dott. GIUSEPPE ACANFORA, assistente effettivo.

DATI STORICI E BATTERIOLOGICI. — Dopochè Castellani ebbe aggiunto ai precedenti gruppi di bacilli intestinali quello dei bacilli metadissenterici da Lui isolati e studiati, nel 1918 Castellani e Chalmers proposero di raccogliere i germi intestinali bacilliformi, non sporigeni in un'unica Tribù, che esse denominarono Ebertheae e che raccoglieva: « bacilli che crescono bene nei comuni terreni di cultura, che non formano endospore, aerobi e spesso anaerobi facoltativi, che non danno luogo a fluorescenza, nè a pigmento, nè a liquefazione della gelatina, nè a colorazione polare; Gram-negativi e non capsulati ».

Questa tribù si divide in due sottotribù:

1) *Eberthoaerogeneae*: germi che producono gas nel glucosio e in altri zuccheri.

2) *Eberthoanaerogeneae*: germi che non producono gas nel glucosio nè in altri zuccheri.

A seconda del loro comportamento in tre terreni e precisamente nel lattosio, nel glucosio e nel latte, oltre che per alcuni caratteri morfologici, ognuna delle sottotribù si divide in cinque generi. I caratteri differenziali dei vari generi sono riassunti nella tabella I.

I generi *Shigella e Castellanus* comprendono nell'insieme i cosiddetti germi dissenterici *sensu lato*, che si differenziano fra di loro per il fatto che i germi appartenenti al primo genere non acidificano il lattosio nè coagulano il latte, proprietà che sono invece caratteristiche dei germi appartenenti al secondo genere, come abbiamo veduto nella precedente tabella.

Il genere Shigella poi comprende:

1) i bacilli dissenterici *sensu stricto* (Shiga-Kruse);

2) i bacilli paradissenterici (Flexner ed Hiss-Russel).

Il genere *Castellanus* comprende:
i bacilli metadissenterici.

Tali gruppi di germi sono differenziabili per mezzo del loro comportamento nei seguenti

TAVOLA I.

Tribù	Sotto tribù	Genere	Lattosio	Glucosio	Latte	Osservazioni
Ebertheae	Eberthoaerogeneae	Salmonella (Lignièrs)	O	AG	O	
		Wesenbergus (Castellani e Chalmers)	A	AG	O	
		Enteroideus (Castellani e Chalmers)	AG	AG	O	
		Balkanella (Castellani e Chalmers)	A o O	AG	C	
		Escherichia (Castellani e Chalmers)	AG	AG	C	
	Eberthoanaerogeneae	Alcaligenes (Castellani e Chalmers)	O o Al	O o Al	O o Al	
		Vibriotrix (Castellani)	O o Al	O o Al	O o Al	Spiccato polimorfismo. Bacilli, vibrioni, spirilli. Queste diverse forme si possono trovare nello stesso preparato. Ciò probabilmente appartiene ai funghi più elevati.
		Eberthella (Castellani e Chalmers)	O	A	O	Mobili.
		Shigella (Castellani e Chalmers)	O	A	O	Immobili.
		Castellanus (Cerruti)	A	A	AC	

A = reazione acida; Al = reazione alcalina; O = nessuna reazione; G = produzione di gas; C = coagulazione.

TAVOLA II.

Genere	Bacilli		Mannite	Lattosio	Latte	Glucosio	Maltosio
Shigella	dissenterici sensu stricto	Shiga-Kruse	O	O	O	A	O o Avs
	paradissenterici	Hiss-Russel	A	O	O	A	O
		Flexner	A	O	O	A	A
Castellanus	metadissenterici	Castellani-Sonne-Kruse	A	A	AC	A	A

O = nessuna reazione; A = reazione acida; Avs = reazione lievissimamente acida; C = coagulazione.

terreni di cultura: mannite, lattosio e latte. E precisamente:

1) i bacilli dissenterici *sensu stricto*: non acidificano nè la mannite nè il lattosio; non coagulano il latte;

2) i bacilli paradissenterici: acidificano la mannite, non il lattosio; non coagulano il latte;

3) i bacilli metadissenterici: acidificano la mannite ed il lattosio; coagulano il latte sebbene alle volte lentissimamente.

Tali caratteri sono riassunti nella tabella II.

I bacilli metadissenterici furono divisi da Castellani e Chalmers nel 1919 in due sottogruppi:

1) *Lankoides*, che coagulano il latte.

2) *Dissenteroides*, che non coagulano il latte.

Castellani però in seguito osservò che taluni di questi germi non coagulano il latte appena isolati, ma lo coagulano dopo un certo tempo. Pertanto egli li riunì nell'unico gruppo dei bacilli metadissenterici.

I bacilli metadissenterici furono isolati da Castellani per primo (1904-1907) in forme acute sia di diarrea dissenterica sia di diarrea

semplice, accompagnati o non da febbre, ed in forme croniche; e furono da Lui studiati.

Nabarro, che si occupò a lungo dell'argomento, in principio era propenso a identificare questi germi col b. coli anaerogenes isolato da Lembke dalle feci di un cane. Tale germe invece deve ritenersi del tutto separato dal gruppo dei bacilli metadissenterici per varie ragioni (isolamento da feci di cane, azione fermentativa e coagulante rapida e intensa, occasionale produzione di gas in qualche zucchero dopo numerosi trapianti, ecc.) bene studiate dal Cerruti, il quale pensa che il gruppo dell'anaerogenes costituisca in un certo senso il ponte di passaggio fra il gruppo dei coli ed il gruppo dei metadissenterici.

Ecco le principali specie dei bacilli metadissenterici:

B. ceylonensis A (Castellani 1906-1907);
B. ceylonensis B (Castellani 1906-1907);
B. metadissentericus - Varietà A, B, C, D (Castellani 1904-1905);
B. madampensis (Castellani 1910-1911);
B. gintotensis (Castellani 1910);
B. pseudodisentericus E (Kruse 1907);
B. paradisentericus III (Sonne 1914).

Il b. *pseudodisentericus* E ed il *b. paradisentericus* di Sonne sono stati dimostrati identici al b. ceylonensis A di Castellani da Cerruti di Torino.

Tali specie sono differenziabili tra di loro per mezzo di alcuni caratteri biochimici che verremo adesso esponendo. Questi caratteri però non sono molto sicuri: la differenziazione perciò deve essere fatta anche per mezzo dei sieri agglutinati.

Fra i bacilli metadissenterici quelli che interessano dal punto di vista clinico sono quelli nettamente patogeni che dànno luogo a sindromi intestinali varie. Essi sono: il *b. ceylonensis A*, il *b. ceylonensis B*, il *b. metadissentericus* ed il *b. madampensis*. Di ognuno di questi ne esistono alcune varietà, che presentano anche qualche differenza biochimica fra di loro. In linea generale però i caratteri biochimici presentati dai quattro gruppi sono quelli indicati nella seguente tabella, tenendo presente che:

1) il *b. ceylonesis B* produce indolo e produce rapidamente acidità nel lattosio; mentre il *b. ceylonensis A* non produce indolo, la sua produzione di acidità è molto debole, tarda ed alle volte perfino assente e la coagulazione del latte si ha spesso dopo parecchie settimane di soggiorno della cultura in termostato.

2) Esistono alcuni ceppi di bacillus metasentericus molto simili al B. ceylonensis A ed altri molto simili al B. ceylonensis B. (V. tab. III).

Dopochè Castellani ebbe magistralmente descritto l'agente eziologico della metadissenteria e ne ebbe illustrata la sindrome clinica, molti studiosi hanno richiamata la loro attenzione su questa forma morbosa prima non identificata o confusa con altre malattie con le quali essa ha comuni alcuni sintomi. E pur non aggiungendo molto a quanto Castellani aveva scritto, hanno contribuito ad una migliore conoscenza sopratutto della distribuzione geografica e della sindrome clinica della malattia ed a confermarne l'eziologia.

Distribuzione geografica. — La metadissenteria è una malattia cosmopolita, comune ai tropici e nelle zone subtropicali e temperate. Castellani ne ha descritti casi in cui l'infezione era stata contratta nel Ceylon, in India, in Italia, nei Balcani, in Ispagna, Francia, Germania, Stati Uniti ecc. Peruzzi ne ha descritti casi in Egitto. È molta diffusa nei paesi caldi e sopratutto in quelli a clima caldo-umido, come ad esempio alcune regioni delle Indie, del Ceylon ecc. In Europa è particolarmente frequente in Italia (Jacono, Fragomele, Fichera, Giunta e D'Amico) ed in Ispagna.

Sintomatologia. — La malattia può decorrere in due forme: acuta e cronica. La forma cronica può seguire a quella acuta od iniziarsi primitivamente come tale.

Forma acuta: dopo un periodo di incubazione latente con lunghezza molto variabile e con sintomi generali di malessere vago oppure senza alcun sintomo prodromico si ha l'esplosione della malattia: diarrea con feci brune o giallastre, talvolta schiumose, commiste a muco ed a residui alimentari e talora a sangue; tenesmo; dolore addominale; vomito; senso di prostrazione; febbre più o meno elevata; deperimento generale. Altre volte la diarrea può mancare, oppure la sintomatologia può essere meno eclatante con semplice emissione di feci diarroiche e lieve delorabilità addominale, senza febbre, nè vomito, nè tenesmo.

Tale periodo dura da due a dieci giorni circa: quindi tutti i sintomi regrediscono e l'alvo ritorna normale.

Forma cronica: questa è caratterizzata da attacchi ricorrenti di diarrea, senza o con lieve sintomi dissenterici. Generalmente le feci non contengono nè muco-pus nè sangue: ma vi sono delle eccezioni. Gli attacchi possono iniziarsi improvvisamente con forti dolori addominali ovvero l'ammalato può avvertire solo un malessere intestinale che dura da poche ore a parecchi giorni. Nell'intervallo — e gli intervalli possono essere assai lunghi — l'ammalato può sentirsi bene. Generalmente però si lagna di leggeri disturbi gastro-intestinali: dispepsia, borborigmi intestinali, flatulenze,

TAVOLA III.

BACILLI	Motilità	Gram	Gelatina	Siero	Indolo	Latte al tornasole	Agar-piombo	CARBOIDRATI – Monosaccaridi: Glucosio	Levulosio	Galattosio	Arabinosio	Xilosio	Ramnosio	Disaccaridi: Lattosio	Maltosio	Saccarosio	Tri.: Raffinosio	Polisacc.: Destrina	Inulina	ALCOOLI: Glicerolo	Eritrite	Adonite	Dulcite	Mannite	Sorbite	GLUCOSIDI: Salicina	Amigdalina	IDROAROMATICI COMPOSTI: Inosite
B. Ceylonensis A (Castellani 1907)	O	O	O	O	O	AC	O	A	A	A	A	O	A	As	A	OoAs	A	As	O	As	O	O	O	A	O	O	O	O
B. ceylonensis B (Castellani 1907)	O	O	O	O	+	AC	O	A	A	A	A	A	A	A	A	OoAs	A	OoA	O	A	O	O	A	A	A	O	O	O
B. metadisentericus (originale) Castellani)	O	O	O	O	Oo+	AC		A	A	A	A	O	A	A	A	A	A	O	O	O	O	O	O	OoA	O	O	O	O
B. madampensis (Castellani)	O	O	O	O	+	AC	O	A	A	A	A	A	A	A	A	As	A	A	O	A	O	O	O	A	As	O	O	O

O = risultato negativo; + = risultato positivo; A = reazione acida;
AC = reazione acida e coagulazione; As = reazione leggermente acida.

senso di peso al basso ventre, ecc. La lingua è impaniata e l'alito cattivo; l'alvo è generalmentemente stitico. I pazienti avvertono poi un senso di malessere generale, astenia psichica e muscolare, ecc. Alle volte si nota una speciale dolorabilità nella regione appendicolare o colecistica, per cui spesso i pazienti sono sottoposti ad atti operativi, s'intende bene senza alcun risultato. Spesso vengono emesse numerose diagnosi: colite cronica, colite mucosa, infezione intestinale, nevrastenia addominale, ecc.

Tale stato può durare degli anni e può condurre — sebbene in rarissimi casi — ad anemia e leggera cachessia.

DIAGNOSI. — La diagnosi clinica è molto difficile. La malattia può simulare una dissenteria amebica ed anche — sebbene più raramente — una dissenteria vera. Non resta che ricorrere alle prove sierologiche, praticando le agglutinazioni col siero di sangue dell'ammalato per i vari esami.

PROGNOSI. — La prognosi è buona *quoad vitam*. Non così *quoad valetudinem*, poichè la malattia ha tendenza a cronicizzarsi senza alcuna tendenza alla guarigione spontanea, sebbene vi possano essere ingannevoli periodi di benessere dovuti alle remissioni così frequenti.

TERAPIA. — La cura è bene sia eseguita in un ospedale od in una Casa di Salute. Castellani consiglia riposo a letto e dieta liquida. Nei nostri climi è meglio attenersi al latte. Nei tropici e nei subtropici, dove il latte è raramente tollerato, si può ricorrere al riso, albumina, pane abbrustolito, pollo, ecc. Prima di iniziare il trattamento si somministri un purgante. Quindi si comincia la cura vaccinica. Quando è possibile è meglio ricorrere ad un autovaccino. Buoni risultati però si ottengono con la somministrazione di vaccini contenenti tutte e quattro le varietà di bacilli metadissenterici. Questo deve essere dato in piccolissime dosi; due o tre volte la settimana. Il trattamento deve essere continuato per almeno sei settimane. Per ottenere una guarigione permanente occorre ripetere il corso di iniezioni dopo un intervallo di 2-4 mesi, anche nei casi in cui i sintomi di colite sono completamente scomparsi; perchè sfortunatamente la guarigione è spesso apparente, rimanendo l'infezione latente per lunghi periodi.

Lo spunto per questa rapida rassegna è stato da me preso da un caso di metadissenteria cronica presentatosi nella nostra Clinica ed affidato al mio studio, caso che vengo ora ad illustrare.

G. De F. Luca, di anni 27, celibe, nato a Firenze, di professione Ufficiale della Regia Marina. Entra in Clinica il 25-IV-1934.

Anamnesi familiare: genitori viventi e sani. Una sorella è affetta da colite. La madre non ha avuto alcun aborto.

Anamnesi personale remota: nato a termine da parto eutocico, ebbe allattamento materno. Non ricorda aver sofferto i comuni esantemi dell'infanzia. Fino all'età di 17 anni ha goduto sempre ottima salute. Nega lue ed altre malattie veneree.

Anamnesi personale prossima: circa dieci anni fa il paziente ha cominciato ad accusare un lieve senso di peso allo stomaco dopo i pasti. Tale malessere, affatto trascurabile, non destò apprensione alcuna e l'ammalato non se ne è curato mai.

Nel 1929 è stato in Cina, dove ha soggiornato per circa un anno.

Al ritorno, durante i viaggio, fu colpito da tre o quattro attacchi febbrili, di media intensità (38°) e di breve durata, che iniziavano con forte brivido di freddo. Pare però che non fossero seguiti da sudori. Tali accessi febbrili si presentarono sempre con intervallo di tre o quattro giorni. Appena giunto in Italia gli attacchi febbrili si ripetettero ancora per due volte; poi non si sono più verificati. Il paziente non consultò allora nessun sanitario: prese di sua iniziativa del chinino per bocca, ma solo durante gli attacchi febbrili.

Intanto si sono cominciati a manifestare dei disturbi intestinali in aggiunta ai disturbi gastrici già accusati avanti. Al senso di peso si sono accoppiati anche crampi dello stomaco; poi dolori nello fossa ileocecale ed in altri punti dell'addome, spasmi intestinali, senso di tensione e di gonfiore addominale dopo i pasti, abbondante formazione di gas intestinali, borborigmi, ecc.

In principio il paziente ha trascurato anche tali disturbi; poi nel 1932 per il perdurare di essi e per il loro intensificarsi si sottopose a visita medica. Gli fu fatta diagnosi di aerofagia. Curato per essa, non ottenne alcun vantaggio. Nel 1933 si sottopose ad altra visita medica e gli fu fatta diagnosi di principio di ulcerazione gastrica e di colite spastica. Tale diagnosi veniva avvalorata, a detta del paziente, da indagini radiologiche (?). L'esame delle feci mise in evidenza la presenza di blastocisti.

Praticò assiduamente le cure assegnategli per circa due mesi; poi arbitrariamente le sospese e si attenne soltanto a cura dietetica. Le condizioni dell'ammalato però non si sono affatto modificate e da qualche mese sono sopravvenute cefalea ed astenia notevole.

Per le indagini del caso e per la cura ha chiesto ricovero nella nostra Clinica.

Esame obbiettivo: costituzione scheletrica normale. Pannicolo adiposo abbondante. Masse muscolari toniche e trofiche. Colorito roseo della cute; mucose visibili bene irrorate. Lieve grado di iperemia congiuntivale. Micropoliadenopatia latero-cervicale, ed inguinale. Lingua umida ed impaniata.

Riflessi pupillari normali. Riflessi tendinei normali.

Apparato cardiovascolare: nulla di notevole.

Apparato respiratorio: nulla di notevole.

Addome: di forma e volume normali; è dolente alla palpazione lungo tutto il decorso del colon e nelle fossa ileocecale. I punti più dolenti sono quelli corrispondenti alle due flessure epatica e splenica del colon. Questo è palpabile come un

cordone duro. Fegato nei limiti. La milza è aumentata di volume: raggiunge in altro il margine inferiore dell'ottava costa sull'ascellare posteriore; in avanti raggiunge e sorpassa di poco l'ascellare anteriore; inferiormente deborda di un dito e mezzo dall'arco costale.

Peso: Kgr. 74,400. *Altezza*: m. 1,80.

Pressione cardiovascolare: (apparecchio di Erkameter) Mx. 110, Mn. 80 (omerale destra).

Esame delle urine: esame chimico e microscopico negativo.

Esame microscopico delle feci: (dopo somministrazione di un purgante) negativo.

Reazione di Von Pirquet: positiva ++.

Reazione di Wassermann: lieve inibizione dell'emolisi (+ —).

Esame del sangue: globuli rossi: 5.010.000; globuli bianchi 5626; Hb. 88 %; val. globulare 0,88; neutrofili 62 %; eosinofili 1 %; basofili 0 %; linfociti 29 %; monociti 8 %.

Esame radiologico: L'esame radiologico del tubo digerente ha messo in evidenza stomaco grande, a cascata, a salto postero-anteriore. Esiste un notevole spasmo della regione antrale, ma non si sono rese visibili immagini riferibili a nicchie. Lo stomaco si svuota con un poco di ritardo.

Nulla di notevole a carico del duodeno, del digiuno e dell'ileo.

L'appendice cecale è abbastanza lunga, sottile, ampiamente mobile in tutta la sua lunghezza, non dolente alla pressione.

Il colon è fortemente spastico. L'esame combinato col clisma opaco ed il riempimento dello stomaco permette di precisare che l'angolo sinistro del colon si spinge fin sotto la cupola diaframmatica sinistra, da cui non si allontana neanche nella posizione eretta, e passa sotto lo stomaco producendo molto verosimilmente la sopraddescritta biloculazione. Null'altro di notevole.

La cronicità dei disturbi gastrointestinali, il loro intensificarsi, il non modificarsi dopo le cure e soprattutto col regime dietetico, l'esame negativo delle feci, ecc., ci avevano fatto sorgere il sospetto trattarsi di un caso di metadissenteria.

Praticammo quindi le agglutinazioni, le quali per altro vengono fatte nel nostro Istituto come routine. Ecco i risultati:

Agglutinazioni: per i germi: tifo; paratifo A, B, C; dissenterici; paradissenterici; melitense e paramelitense: negative.

Agglutinazioni: per i germi metadissenterici: ceylonensis B; metadisentericus Sh; madampesis negative; ceylonensis A positiva 1:160 —.

Stabilita così la diagnosi sierologicamente abbiamo voluto procedere all'isolamento del germe dalle feci. Mi sono pertanto attenuto strettamente alle indicazioni datemi dal mio Maestro. Ho somministrato al paziente un purgante di 30 gr. di solfato di magnesio. Quindi da una delle scariche (in vaso pulito e possibilmente sterilizzato) ho prelevato alcuni fiocchetti di muco; li ho lavati ripetutamente in acqua peptonata e poi ne ho seminato numerose scatole di Petri al terreno di Mac Conkey. Bisogna tener presente infatti che l'isolamento del germe dalle feci, specialmente nei casi cronici, è oltremodo difficile. Sul terreno di Mac Conkey le colonie dei bacilli metadissenterici appaiono translucide e dopo alcuni giorni di incubazione diventano leggermente rosee (pinkish degli autori inglesi) a causa della lieve e lenta fermentazione del lattosio. Dalle varie piastre poi abbiamo passato in alcuni terreni di prova (agar semplice, latte al tornasole, lattosio, glucosio, mannite) quelle colonie che parevano avere carattere tipico delle colonie dei bacilli metadissenterici. Siamo venuti così dopo parecchi tentativi all'isolamento di un bacillo immobile, Gram-negativo, che acidificava il latte, il lattosio, il glucosio e la mannite, senza formazione di gas. Lo abbiamo insemenzato allora in tutti gli altri terreni zuccherati. Nella tabella IV sono indicati i risultati ottenuti.

Isolato così il germe abbiamo eseguito delle prove sierologiche di controllo. A tale scopo abbiamo saggiato il siero del paziente, il siero di un soggetto normale ed i sieri agglutinanti specifici posseduti dal nostro Istituto per i vari b. metadissenterici nei riguardi del germe isolato. Con lo stesso germe poi abbiamo ottenuto un siero specifico inoculandone alcuni conigli con dosi progressivamente crescenti. Anche questo siero è stato saggiato nei riguardi del germe isolato. Ecco i risultati (vedi Tab. V).

Abbiamo quindi voluto saggiare anche il potere patogeno del germe isolato per gli animali. Abbiamo inoculato perciò alcuni conigli con sospensioni di bacilli vivi. Il germe non ha dato alcuna sintomatologia clinica nei conigli inoculati, i quali hanno sopravvissuto alle inoculazioni ricevute (fino a 3 per animale).

Mentre si eseguivano tutte queste ricerche finora esposte, il paziente è stato sottoposto ad una cura vaccinica con vaccino metadissenterico polivalente preparato nel nostro Istituto, contenente 50 milioni di germi per cc. e seguendo le norme più sopra esposte. Il vaccino fu somministrato a giorni alterni, alternandolo con iniezioni di 1/2 cc. di acqua peptonata salata. Le prime due iniezioni furono fatte di 1/2 cc.; le altre in numero di 15 furono fatte di 1 cc. Il paziente esce il 28 maggio dalla Clinica notevolmente migliorato.

Alla fine di luglio l'ammalato si è ripresentato alla nostra Clinica. Tutti i disturbi precedentemente da lui accusati erano scomparsi. Anche la sintomatologia obbiettiva era quasi del tutto muta. Abbiamo però consigliato all'infermo di ripetere il trattamento e questa volta preferibilmente con autovaccino.

Il caso di metadissenteria da noi descritto ci è sembrato di particolare interesse, in quanto che contribuisce — accanto ai casi di metadissenteria a sindrome appendicolare, colecistica, ecc. — alla conoscenza della multiforme e strana sintomatologia clinica presentata da questa malattia specialmente nella sua forma cronica e ci insegna come essa debba essere tenuta particolarmente presente fra le possibilità diagnostiche in tutti i casi di disturbi cronici a carico dell'apparato digerente.

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver descritto i dati storici e batteriologici, la distribuzione geografica, la sintomatologia, la prognosi e la cura della metadissenteria, ne illustra un caso presentatosi alla sua osservazione e curato con esito favorevole.

TAVOLA IV.

LETTURE	Motilità	Gram	Gelatina	Siero	Indolo	Latte al tornasole	Agar-piombo	Glucosio	Levulosio	Galattosio	Arabinosio	Xilosio	Ramnosio	Lattosio	Maltosio	Saccarosio	Raffinosio	Destrina	Inulina	Glicerolo	Eritrite	Adonite	Dulcite	Mannite	Sorbite	Salicina	Amigdalina	Inosite
Dopo 5 giorni	O	O	O	O	O	O	—	A	A	A	A	O	A	O	A	O	A	O	O	A	O	O	O	A	O	A	O	O
Dopo 15 giorni	O	O	O	O	O	AC	—	A	A	A	A	O	A	A	A	O	A	As	O	A	O	O	O	A	O	A	O	O
Dopo 25 giorni	O	O	O	O	O	AC	—	A	A	A	A	O	A	A	A	As	A	As	O	A	O	O	O	A	O	A	O	O

O = risultato negativo; A = reazione acida; As = reazione leggermente acida; AC = reazione acida e coagulazione.

TAVOLA V.

	SIERO AGGLUTINANTE PER IL BACILLO																		Siero del paziente			Siero soggetto normale		
	Ceylonensis A (1°)			Ceylonensis A (2°)			Ceylonensis B			Madampensis (1°)			Madampensis (2°)			isolato nel paziente								
	1:40	1;80	1;160	1;40	1;80	1;160	1;40	1;80	1;160	1;40	1;80	1;160	1;40	1;80	1;160	1:40	1;80	1;160	1:40	1;80	1:160	1:40	1;80	1;160
Sospensione del germe isolato	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+	+	+	+	+	+	—	—	—

BIBLIOGRAFIA.

ACANFORA G. *Le lesioni anatomo-patologiche sperimentali da b. ceylonensis A.* La Riforma Medica, 1933, n. 25.

CASTELLANI A. *Metadysentery remarks on a chronic Type.* The Lancet, 24 agosto 1929, pag. 370.

ID. *On a common type of chronic colitis which is seldom recognised.* The Practitioner, London.

ID. *Notes on the aetyology of certain cases of recurrent diarhoea and certain abscure forms of colitis due to bacteria of the metadysentery group.* Journal of Tropical Medecine and Hygiene, 15 novembre 1927.

ID. *Notes on cases of fever frequently confounded with typhoid and malaria in tre tropics.* Journal of Hygiene (Cambridge), vol. VIII, n. 1, 1907.

ID. *La colite cronica da b. metadissenterici.* Ann. Med. Nav. e Col., 1930, fasc. I.

CASTELLANI AND CHALMERS. Manual of Tropical Medicine.

CERRUTI. *Bacilli metadissenterici (Castellani) e b. coli anaerogenes (Lembke).* Ann. di Med. Nav. e Col., anno XXXIV, vol. II.

DE MURO. *Alcune osservazioni sui bacilli metadissenterici del Castellani.* Annali d'Igiene, a. XLV, fasc. V, 1931.

FICHERA S. *Dissenteria da b. ceylonensis.* Il Policlinico, Sez. pratica, 1929.

GIUNTA e D'AMICO. *Contributo clinico alla conoscenza della metadissenteria.* Il Policlinico, Sez. pratica, a. 1923.

JACONO I. *Le coliti metadissenteriche.* Il Morgagni, 13, 1930.

MARMO A. *Cases of metadyssentery observed in Erithrea.* Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 1933.

PERUZZI M. *Some cases of intestinal infection due to Castellani's metadysentery bacilli.* Journal of Tropical Medecine and Hygiene, 2 novembre 1931.

PULLÉ F. *Dissenteria e diarrea nelle colonie.* Firenze, 1931.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

OSPEDALE CIVILE - GORIZIA
REPARTO CHIRURGICO
Direttore: prof. dott. L. SUSSI

L'iniezione endovenosa di carbone animale nel trattamento delle infezioni chirurgiche con speciale riguardo all'infezione puerperale.

Prof. dott. L. SUSSI.

Il trattamento della setticemia e più precisamente della febbre puerperale è una tra le più discusse e dibattute questioni. Ne è prova il grande numero di rimedi che fa parte del bagaglio terapeutico di dette infezioni e che è in continuo aumento. Non passa anno e per esser più giusti mese senza che un nuovo farmaco o una nuova pratica venga messa in circolazione e preconizzata quale rimedio il più adatto e talvolta anche più sicuro a combattere la grave malattia.

Mi sembra inutile enumerare tutta la serie dei farmaci usati nella cura della setticemia puerperale. Vorrei soltanto accennare di sfuggita che sin oggi non è stato ancora trovato un rimedio specifico e che poche sono anche le probabilità che un tale rimedio lo si possa trovare in futuro.

Le maggiori difficoltà risiedono nel fatto che la setticemia puerperale non presenta dal punto di vista patogenetico una unità nosologica. Se è vero che accanto al bac. coli, al gonococco, al bacillo piocianeo, e altri ancora, lo streptococco e stafilococco sono quei germi che vanno ritenuti maggiormente in causa, non è d'altro canto men vero, che anche lo strepto- e lo stafilococco non sono dal punto di vista biologico dei germi ad azione ben definita ma bensì multiformi, sia per ciò che riguarda la virulenza, sia per ciò che concerne la forza di penetrazione e il punto di elezione più o meno organica, complesso di fattori che lasciano la loro impronta sul quadro clinico dando così ai singoli casi un andamento diverso.

L'incertezza terapeutica che avvolge il grave problema delle setticemie in genere e dell'infezione puerperale in special modo, è lo stimolo principale che ci muove verso quell'empirismo più o meno ragionato al quale la medicina deve una parte delle sue scoperte.

Non è perciò privo di interesse se Coghlin di Montreal in un suo lavoro apparso alcuni mesi fà, proponeva un nuovo trattamento contro le infezioni di causa diversa.

Il metodo di Coghlin che consiste in una iniezione endovenosa di una soluzione di car-

bone animale al 2 % è stato dallo stesso autore applicato in 738 animali affetti dalle più svariate forme infettive, come piaghe infette, artriti suppurate, mastiti, febbri puerperali e altro ancora ottenendo in tutti i casi la perfetta guarigione. In un solo caso l'autore lo usò nell'uomo. Si trattava di un suo stretto collaboratore da tempo tormentato da una forma grave di foruncolosi e ribelle a tutte le cure, dove alcune iniezioni di carbone animale bastarono per ottenere la desiderata guarigione.

Per quanto ho potuto espletare Sergent è stato il primo che riprese su larga scala l'esperimento nell'uomo, cominciando cautamente con l'iniezione di 1 ccm. della soluzione, dose che fu successivamente portata da 1 fino 2 ccm. Dopo aver trattato 100 casi di infezioni varie, non selezionate, l'autore rende i suoi risultati di pubblica ragione. Un solo ammalato è morto. Era affetto da enterite tubercolare e da tumore inoperabile del retto. In un altro caso di artrite reumatica acuta non si ebbe la guarigione ma bensì un sensibile miglioramento. Nessun miglioramento invece si ebbe in un caso di poliartrite deformante. Nel rimanente delle osservazioni che comprendono ben il 97 % dei casi, fra cui numerosi gravi, l'autore ottenne una guarigione perfetta e duratura.

Gli ottimi risultati ottenuti da Coghlin e da Sergent meritano tutta la nostra attenzione. È perciò ch'io ho voluto saggiare la bontà di tale metodo, limitandolo in un primo tempo all'infezione puerperale e genitoorinaria della donna ed estendendolo in un secondo tempo su tutte le svariate infezioni chirurgiche. Contemporaneamente all'esperimento clinico ho voluto anche provare l'effetto dell'iniezione di carbone animale nel coniglio, iniettando in una serie di conigli giornalmente per 15 giorni consecutivi 5 ccm. della soluzione nella vena auricolare.

Premetto come dettagli di tecnica, che il liquido usato è una sospensione di 2 gr. di carbone animale Merk finissimo in una soluzione isotonica (ca. 47 ‰) di glucosio. Succede spesso, che il carbone si deponga sul fondo per cui basta tuttavia scuoterlo un pò per ottenere un liquido omogeneo. Sergent consiglia di paraffinare la siringa prima dell'uso allo scopo di evitare un accollamento del pistone. È una precauzione utile, ma non assolutamente necessaria. Noi non ne abbiamo mai fatto uso.

Gli animali hanno sopportato benissimo la iniezione, sebbene va notato che per un peso massimo di circa 2 kg., la dose di 5 ccm. rappresenta una dose 40 volte per lo meno superiore a quella che noi siamo soliti iniettare nell'uomo, dato che in nessun caso si sorpassa la quantità di 4 ccm.

L'animale veniva sacrificato in 16ª giornata. All'autopsia si prelevarono pezzi di polmone, fegato, milza, rene, testicolo e cuore che venivano fissati in formalina e inclusi poi in paraffina. Qualche preparato è stato allestito anche sul congelatore, allo scopo di sottoporlo alla colorazione dei grassi con il Sudan III.

Il risultato dell'indagine istologica è il seguente:

Rene: Il tessuto renale si presenta di struttura normale. All'esame a piccolo ingrandimento non si nota un aumento di elementi cellulari. Le cellule che rivestono i tubuli retti e contorti nonchè le anse di Henle si presentano ottimamente conservate con nucleo ben colorato e con struttura protoplasmatica normale. I lumi dei canalicoli sono vuoti. Nessuna traccia di cilindri o di altri secreti. Il tessuto interstiziale è normale non allargato, non edematoso e normalmente provvisto di elementi cellulari.

Nella sostanza corticale si nota la presenza di glomeruli che esaminati sotto piccolo ingrandimento non presentano fatti patologici. La capsula di Bowmann non appare ispessita. Lo spazio glomerulare libero. Le anse glomerulari quasi generalmente normali. Soltanto in qualche raro glomerulo si nota l'esistenza di una o più chiazze nerastre simili a dei carboncini di brillanti, situate generalmente a contatto con l'elemento endoteliale. Anche in questi glomeruli, in cui vi è qualche raro deposito di carbone, non si notano fatti patologici, in quanto la capsula si presenta normale, con spazio libero, con anse glomerulari normali senza segni di stasi o di estravasati sanguigni.

Polmoni: Già a piccolo ingrandimento colpisce l'abbondanza di carbone depositato tra i setti alveolari e nel tessuto interstiziale, nel mentre l'epitelio dei bronchi ne appare privo. Gli alveoli sono normalmente espansi e vuoti. L'interstizio non è allargato. In corrispondenza dei depositi nerastri il tessuto appare generalmente più ricco di elementi cellulari connettivali. Assenza di fatti infiammatori ed emorragici.

Testicolo: Esaminati a piccolo e forte ingrandimento, tanto il testicolo che l'epididimo presentano un'architettura normale, sia per ciò che riguarda l'elemento epiteliale specifico sia per ciò che riguarda il connettivo. Nessuna traccia di sostanza colorata.

Linfoghiandole: Il tessuto si presenta ricco di cellule. I centri germinativi sono ingrossati. I seni si presentano in parte liberi, in parte riempiti di elementi cellulari abbastanza grandi di forma più o meno ovale, contenenti nel corpo due o più corpuscoli nerastri. La parete dei seni si presenta ricca di cellule e contiene numerosi depositi di sostanza colorata, che manca completamente o quasi nei centri germinativi. Nulla a carico delle travate dell'interstizio.

Milza: La milza è di grandezza normale e di colore piuttosto nerastro. L'allestimento dei preparati riesce difficile, poichè il tessuto si sbriciola. I nodi sono per numero e grandezza normali. Nella polpa che è apparentemente ricca di cellule si

nota l'esistenza di grande quantità di carbone che si trova deposto in parte a chiazze, in parte a forma di pulviscolo. I maggiori depositi sono in vicinanza dei seni.

Cuore: Muscolatura cardiaca normale per struttura ed abbondanza di cellule. Nessuna traccia di sostanza colorata.

Fegato: Il tessuto epatico è ben conservato, con struttura inalterata. Già a piccolo ingrandimento si nota la presenza di numerose chiazze di carbone, disposte in parte nel tessuto perivasale che presenta un agglomeramento di elementi endoteliali, dei quali qualcuno carico di carbone. In parte le chiazze di carbone si trovano depositate nel tessuto connettivo interlobare o in vicinanza delle cellule stellate di Kupfer, delle quali qualcuna appare impregnata di carbone. Le cellule epatiche sono generalmente ben conservate. Qualche cellula si trova in rapporti così intimi con la sostanza nera come se il corpo estraneo facesse parte del corpo cellulare.

Dall'indagine istologico-sperimentale risulta che le masse di carbone circolanti vengono depositate in prevalenza nel polmone, fegato, milza, e linfoghiandole, nel mentre scarsa o quasi mancante è l'eliminazione di carbone attraverso i reni. Nessuna traccia di carbone si è notata nel testicolo, nell'epididimo e nel tessuto muscolare. Ne deriva dunque che l'assorbimento di carbone si compie negli organi ricchi di tessuto reticolo-endoteliale. Merita inoltre di essere rilevato come fatto importante per la pratica, che i depositi di carbone, mentre provocano una proliferazione delle cellule del reticolo e del connettivo, non causano alcuna alterazione patologica del tessuto circostante, in quanto mancano fatti di flogosi o di necrosi, nè si riscontrano delle lesioni emorragiche.

***

La parte clinica di questa breve nota comprende l'esperieza fatta sù 32 casi di infezione, setticemiche puerperali e genitourinarie delle donne. Della miscela di carbone animale al 2 % con siero glucosato isotonico, sono stati iniettati da 2 a 3 ccm. Data la gravità dei casi le iniezioni sono state praticate giornalmente per un periodo massimo di 8 giorni, iniettando come dose complessiva 22 ccm. vale a dire 0.44 gr. di carbone animale. L'iniezione non ha in nessun caso presentato delle difficoltà, nè si è dovuto ricorrere mai alla paraffinazione della siringa. Essa è stata sempre indolore anche nel caso in cui qualche goccia di liquido veniva a contatto con il tessuto perivasale. Per ciò che riguarda la mia esperienza, l'iniezione non provoca uno stato di choch nè immediato nè tardivo. In nessuno dei casi così trattati si è notata l'insorgenza di pallore o rossore o brivido. Mancano pure alterazioni del respiro, del polso e della pressione sanguigna. Devo tuttavia rilevare, che nella prima serie degli esperimenti ho notato in 3 casi l'insorgenza di ipertermia immediatamente dopo l'iniezione, inconveniente questo ch'io non ho più riscontrato nei casi successivi dopo che invece di soluzioni fisiologiche ho usato come mezzo di sospensione una soluzione isotonica di glucosio triplicando inoltre il periodo della sterilizzazione delle fiale. Va notato che anche in questi casi alla ipertermia è seguita la caduta alla norma della temperatura che in qualche caso si è manifestata già dopo la prima iniezione. Che l'iniezione di carbone animale non provoca stati di ipertermia lo dimostra l'esperienza di Gaudia e Demarez, i quali hanno iniettato il carbone in ammalati afebbrili senza che vi si fosse riscontrato la benchè minima alterazione, sia pur passeggera, della temperatura.

Per ciò che riguarda i risultati dirò subito che essi vanno giudicati ottimi. Innanzitutto premetto che in nessuno dei casi si ebbero a lamentare complicazioni imputabili a tale pratica.

Allo scopo di giudicare sul valore di questo trattamento ho creduto opportuno di dividere i risultati in tre categorie: in casi probativi, in casi buoni e in casi non probativi.

Fra i casi probativi figurano quelli in cui la febbre cadde già dopo 48 ore senza più ripetersi.

Vanno giudicati casi buoni quelli in cui la febbre cadde per lisi, con esito in guarigione.

Sono infine non probativi quei casi nei quali accanto o dopo la somministrazione di carbone sono stati adoperati altri rimedi.

I risultati ottenuti si riassumono nei seguenti termini. Dei 32 casi trattati uno solo morì. Trattavasi di una gravissima setticemia puerperale, inviata all'ospedale in extremis. Si credette ciò non di meno d'iniziare la cura. Essa morì 18 ore dopo aver ricevuto l'iniezione. Negli altri 31 casi si ottenne la guarigione dopo 2 o al massimo 8 iniezioni.

I casi trattati sono stati i seguenti:

1) *Febbri puerperali* 18. Guariti 17, dei quali 12 probativi e 5 buoni, 1 morto perchè era in extremis. L'iniezione di carbone sembra esercitare in questi casi un effetto ottimo con scomparsa rapida della sintomatologia clinica.

2) *Pelviperitoniti gonorroiche* 3, con esito in guarigione, di cui 2 probativi in quanto la guarigione avvenne dopo 2 iniezioni, e 1 buono.

3) *Pieliti acute in gravidanza* 6, tutti guariti, di cui 5 probativi e 1 buono.

4) *Flebiti puerperali* 4 con esito in guarigione. Di questi 3 probativi in quanto la temperatura cadde dopo 2-4 iniezioni e con essa cessarono anche i dolori. Un caso va ritenuto buono in quanto guarì per lisi dopo 6 iniezioni.

Se si prescinde da un caso negativo che riguarda una donna affetta già da 15 giorni da una febbre puerperale gravissima e capitata sotto la nostra osservazione in extremis, alla quale era stata praticata ciononostante un'iniezione di carbone, i risultati ottenuti negli altri casi, tutti clinicamente gravi, và giudicato sotto ogni aspetto ottimo.

Quale è ora la base scientifica del benefico effetto ottenuto dall'iniezione di carbone animale? Io ritengo, che ogni tentativo inteso a cercare una spiegazione per gli ottimi risultati ottenuti ci conduce verso quelle alterazioni del sistema reticolo endoteliale che sono state riscontrate in base allo studio istologico sperimentale. È un fatto innegabile che gran parte, per non dire quasi la totalità, del carbone animale iniettato và depositato nel fegato, nella milza, e nelle linfoghiandole, che fanno parte appunto di quegli organi in cui il sistema reticoloendoteliale è più abbondantemente rappresentato. L'impregnazione di carbone del tessuto polmonare si spiega forse in base a semplici fatti circolatori, in quanto essi sono quegli organi che attraverso il circolo venoso vengono per primi a contatto con il pulvischio di carbone. L'impregnazione da parte degli altri organi denota inoltre che il carbone, senza provocare alterazioni del tessuto, ha passato i capillari polmonari e si è riversato nel circolo grande arterioso, dirigendosi verso quegli organi che per esser ricchi di tessuto endoteliale dimostrano di possedere una certa affinità verso le sostanze iniettate. Numerosi elementi dell'apparato reticoloendoteliale la cui abbondanza cellulare sembra superiore alla norma appaiono carichi di depositi di carbone. L'abbondanza di tale impregnazione dovrebbe ora per logica conseguente teorica comportare una minorata attitudine immagazzinatrice del sistema reticoloendoteliale che com'è noto può culminare in quello stato grave che va sotto i nome di blocco. Tutt'altro nel caso pratico. A giudicare dal benefico effetto l'iniezione di carbone comporta invece un esaltamento dell'attività immagazzinatrice e, come conseguenza, una più intensa e più prolungata attività fagocitaria. Il carbone animale va, secondo il mio modo di vedere, ritenuto un ottimo elemento che agisce come sviluppatore di superficie nel sistema reticoloendoteliale, le cui cellule toccate da tale stimolo intenso possono maggiormente proliferare, aumentare di volume, variamente adattarsi e infine distaccarsi.

Il miglioramento spesso rapido della sintomatologia clinica, ottenuto mediante la somministrazione endovenosa di carbone e che in linea generica è dovuto a un aumento specifico della resistenza organica, trova appunto la sua spiegazione in questo adattamento favorevole e propizio del sistema reticoloendoteliale come d'altro canto si devono ricondurre a modificazioni opposte dell'apparato reticoloendoteliale; quegli stati di allergia ed anergia risultanti dall'influenza che sostanze diverse e in prima linea le tossine batteriche esercitano sugli elementi suddetti. Per quanto riguarda il carbone ritengo poi che la sua benefica e pronta influenza, oltre che in uno stimolo dell'attività cellulare, va ricercata forse nel fatto, che le masse di carbone circolante agiscono nel senso di vere sostanze assorbenti o di filtri, qualità che al carbone è stata già riconosciuta. L'attività disintossicante del carbone sarebbe in questo caso esaltata per di più dal fatto, che una gran parte di esso viene depositata nel fegato, in quell'organo che stà a capo delle funzioni svelenatrici del corpo.

L'introduzione del carbone animale nella terapia endovenosa di processi settico piemici ed infettivi in genere segna, secondo me, un reale progresso, in quanto accanto alle qualità suddescritte, il suo uso si presenta perfettamente innocuo, semplice, e se vogliamo anche economico. La mia esperienza certamente non ancora tanto estesa da permettere un giudizio definitivo, mi vieta naturalmente di proclamare il carbone come la panacea dei processi infettivi chirurgici, panacea d'altronde che a nessun altro rimedio può esser concessa. Per quanto tuttavia mi è lecito dedurre dalla mia piccola non pratica in materia di fatti infettivi, credo di poter affermare con la coscienza di chirurgo, che il carbone animale risponde per questi casi meglio di tutti gli altri mezzi sino ad ora in uso, siano essi mezzi chirurgici o proteici, siano essi anche mezzi specifici come sieri vaccini o stomosine. Ed è unicamente in questa convinzione, ch'io ho creduto mio dovere render noti i risultati fin'ora ottenuti.

RIASSUNTO.

L'autore riporta l'esperienza ottenuta nella terapia dei processi setticopiemici e in special modo nella febbre puerperale mediante l'iniezione endovenosa di una sospensione di carbone animale in siero glucosato. Il benefico effetto va ricercato da una parte nelle altera-

zioni prodotte dal carbone sugli elementi del reticoloendotelio, come lo dimostra il risultato dell'indagine sperimentale, ed in parte ad un potere disintossicante che il carbone esercita in genere in stati tossici.

BIBLIOGRAFIA.

SERGENT. Echos de médecine, n. 2, 1934.
GAUDIER-DEMAREZ. Id., n. 5, 1934.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sinfisi pericardica con sintomatologia da colecistite

per il dott. TOMMASO AQUINO.

Il seguente caso clinico mi sembra interessante per il suo modo di esplicarsi, in quanto il segno predominante del quadro morboso, il dolore, ha potuto ingannare per la diagnosi, venendo attribuito per il suo modo di apparire, la localizzazione, l'intensità, il tipo, ad un organo perfettamente indenne.

Questo caso di pericardite essudativa, evoluta poi a sinfisi, ha assunto tutta l'apparenza d'una affezione delle vie biliari: la colecistite calcolosa.

U. M., di a. 41, meccanico. Nel gentilizio non vi è altro se non che i genitori erano chiaramente gottosi. Il paz. non ha mai sofferto malattie degne di nota ad eccezione della presente. Contrasse la blenorragia durante il servizio militare. A 28 a. sposò una donna apparentemente sana, che non ha mai avuto gravidanze. Nega la lue. È un discreto mangiatore e bevitore; forte fumatore.

È stato bene sino a dodici mesi fa, quando avvertì un leggero dolore all'ipocondrio destro; un dolore poco intenso, non continuo, senza irradiazioni.

Dopo due o tre giorni fu costretto a mettersi a letto per brividi intensi seguiti da febbre (39°,5). Il dolore aumentò fortemente di intensità, sino ad acquistare il carattere di colica, con irradiazioni alla spalla destra.

Febbre (38°-38°,5) continua, leggermente remittente. Comparve anche una modica tosse, con scarso espettorato muco-purulento.

Dopo ventidue giorni febbre e dolori cessarono ed all'ammalato parve di essere guarito.

Dopo una settimana di benessere riprese il dolore all'ipocondrio destro, estendendosi sino all'epigastrio. Compariva tre quattro ore dopo i pasti, dapprima leggero, per aumentare rapidamente d'intensità, con irradiazioni alla spalla destra. Il dolore, raggiunto l'acme, decresceva sino a scomparire (durava in tutto due o tre ore), per ripetersi tre ore dopo il pasto seguente.

Palpando l'ipocondrio destro si notò un ingrossamento del fegato — 6 cm. oltre il bordo costale sulla linea mammillare prolungata — piuttosto duro, con margine netto, superficie equabile. Fortemente dolente il punto cistico.

In questo periodo l'a. avvertiva dolore mentre il boccone attraversava l'esofago; ma non vi era ritardo nel passaggio.

L'a. accusa oggi, di non poter riposare in posizione supina o laterale sinistra perchè insorge dispnea; dispnea che compare anche dopo uno sforzo.

Ha digestione difficoltata ed alvo stitico.

Non ha mai presentato tinta itterica delle sclere e della cute e non ha mai visto le feci acoliche.

Il paz. continua, attualmente, ad avere queste manifestazioni dolorose post-prandiali, non più biquotidiane, nè più così intense. Per quanto più leggere permangono e compaioono per due-tre giorni ogni dieci-quindici di relativo benessere.

Otto mesi fa, stacciando le feci, ha isolato un piccolo calcoletto, meno grande di un chicco di grano, in una grande quantità di sabbia intestinale.

L'infermo è stato visitato ripetutamente da sanitari e clinici, che, concordemente fecero diagnosi di colecistite calcolosa e pregressa pleurite basilare destra.

Ci tengo a ricordare questo al solo scopo di dimostrare quanto sia stata perfetta la sindrome colecistitica, in questo paz., che ha una colecisti perfettamente indenne.

Egli è stato anche inviato per la cura delle acque a Chianciano (agosto 1934) ma, dopo sei sette giorni di cura, si vide aumentare le sofferenze. Fu sottoposto allora alla colecistografia ed essendo questa risultata assolutamente negativa per una qualunque affezione delle vie biliari, ne fu rimandato.

Nel tornare potè consultare, a Roma, un clinico, che pose la diagnosi giusta dell'affezione.

E. O. — Soggetto longilineo. Decubito preferito il laterale destro e la posizione ortopnoica. In decubito supino o laterale sin. insorge forte dispnea.

Condotta psichica normale; sensorio integro.

Colorito del volto bruno-pallido. Le mucose visibili sono lievemente cianotiche.

Pannicolo adiposo regolare; non edemi.

Es. ghiandolare: Qualche acino in tutte le stazioni, meno le epitrocleari.

Masse muscolari toniche e trofiche.

Apparato scheletrico vantaggiosissimo. Le dita delle mani presentano le nodosità di Heberden.

Polso uguale, ritmico, compressibile, di frequenza: 80-85 al m'.

Respiro di tipo costale superiore, di frequenza: 28 al m'.

Pressione arteriosa al RR.: Mx. 145, Mn. 85.

Capo: Pupille eguali, ben reagenti alla luce ed alla accomodazione. Le sclere non mostrano ittero. Nulla di pat. a carico dei n. cranici. Nulla di pat. a carico del cavo orale e del faringe.

Collo: Nulla di pat. Non collasso, nè inturgidimento venoso.

Torace: Euritmico, mobile. Spazi interc. ampi.

Cuore: Assenza di bozza precordiale. Non si rileva l'itto della punta, nè sono visibili altre pulsazioni positive o negative degli spazi intercostali.

Alla palpazione non si percepisce l'itto, nè altre pulsazioni. Non fremiti, nè sfregamenti. Si percepisce la pulsazione dell'arco aortico infossando la mano al giugulo.

Alla percussione dell'aia assoluta si rilevano i seguenti limiti:

Super.: margine superiore della quarta costa; destro: linea marginosternale destra; sinistro: linea mammillare; infer.: sesto spazio interc.

Si rileva che il cuore è attratto a destra.

Invitando l'infermo a fare profonde inspirazioni, mentre si percuote l'aia cardiaca, questa rimane inalterata nei limiti già detti.

Si nota inoltre che l'aia non è spostabile con i cambiamenti di posizione.

All'ascoltazione si odono toni puri, sebbene un poco lontani, su tutti i focolai. Non si percepiscono soffi patologici nè sfregamenti.

C'è inoltre il polso di Kussmaull.

App. respiratorio: respiro di tipo costale superiore, ritmico, un poco frequente.

F. V. T.: indebolito alla base dell'emitorace destro.

Alla percussione: ipofonesi alla reg. interscapolo-vertebrale sinistra ed alla base destra, ove si nota pure che il margine pulmonare non si espande nelle profonde inspirazioni.

All'ascoltazione: mormorio vescicolare su tutto l'ambito. Alla regione interscapolo-vertebrale sinistra respiro un poco aspro e dei rantolini inspiratori, crepitanti. Alla base destra mormorio vescicolare un poco ridotto.

Addome: di forma e volume normale. Non rete venosa. Cicatrice ombelicale infossata.

Alla palpazione si risveglia dolore all'ipocondrio destro e precisamente in una regione così delimitata: super.: margine costale a livello della decima costa; infer.: ombelicale trasversa; sin.: parasternale destra; destr.: mammillare prolungata. Regione che corrisponde alla sede della cistifellea.

È dolente anche il punto xifoideo.

Il fegato deborda di un dito trasverso dall'arco cost.; è indolente, di consistenza un poco aumentata, con bordo tagliente.

Milza nei limiti fisiologici.

Assenza di altro di patologico.

Esami espletati: Es. Urine. P. Sp. 1025. Albumina, sangue, pigmenti biliari ecc. assenti. Nel sedimento: numerosi e notevoli ammassi di urati.

R. W.: negativa.

Esame espettorato: assenza di bacilli di Koch e di fibre elastiche.

Prova di Meltzer-Lyon: presenza delle tre bili.

L'esame colecistografico (Tetraiodofenoftaleina per via orale) ci mostra ben visibile la colecisti, intensamente colorata, a forma di pera, di forma normale, in sede regolare, a contorni netti e contenuto perfettamente omogeneo. Assenza di qualsiasi ombra riferibile a calcolosi della cistifellea.

L'ombra epatica risulta ingrandita in basso.

L'esame radiologico del torace ha messo in evidenza un notevolissimo aumento dell'ombra cardiovascolare (DT e DO ingranditi) con punta sollevata, globosa e pulsazioni superficiali e frequentissime.

In O. A. D. si nota che l'ingrandimento del cuore è dovuto sopratutto ai due ventricoli.

Si notano evidentissimi esiti di pleurite della base destra: seno costo-diaframmatico obliterato, diaframma poco mobile e quasi pianeggiante, grosse ombre a striscia trasversale da pachipleurite dell'interlobo inferiore.

Si osserva infine un forte aumento dell'ombra ilare destra.

CONSIDERAZIONI DIAGNOSTICHE.

Dall'anamnesi, dall'esame obbiettivo, dal reperto radiologico noi troviamo dei dati che ci portano alla seguente conclusione:

È molto verosimile che quando l'ammalato si è messo a letto, dodici mesi fa, abbia sofferto di pleurite basilare destra. Lo deduciamo dalla riduzione del F.V.T. e del suono e del respiro basilare a destra, dalla non espandibilità del margine polmonare nelle profonde inspirazioni e dai dati del reperto radiologico.

Poichè notiamo anche una attrazione di tutto il cuore a destra (limite destro dell'area sulla marginale sternale destra), dobbiamo pensare che vi siano delle aderenze pleuro-pericardiche, che ve lo traggono.

Poichè abbiamo: pulsazione puntale non visibile nè palpabile, ingrossamento dei diametri dell'area cardiaca, nessuna modifica plessimetrica della area stessa nelle profonde inspirazioni, fissità di essa in tutte le posizioni, polso di Kussmaull, superficialità e frequenza delle contrazioni (notate dal radiologo) ne viene da presumersi che quando vi fu la pleurite vi sia stata contemporanea pericardite essudativa, passata poi a sinfisi più o meno totale; con il che si spiegano e l'epatomegalia e la dispnea e i reperti fisici (toni senza rumori, nè vizii) e radiologici: la superficialità e la frequenza delle contrazioni.

Anche il dolore alla deglutizione è un reperto frequente della pericardite; come pure, per la irritazione di uno dei frenici, è frequente un dolore irradiato alla spalla destra o sinistra.

A carico della colecisti non troviamo segni nè semeiotici (ad eccezione del dolore) nè radiologici.

C'è stato, è vero, anche un piccolo calcoletto isolato dalle feci, ma dato il reperto assolutamente negativo a carico di una qualunque affezione delle vie biliari, dobbiamo ammettere che fosse di produzione intestinale come l'abbondante sabbia, in cui fu trovato o fosse un seme vegetale.

Rimane da spiegare lo speciale modo di insorgere del dolore, tanto da esser confuso con quello da colecistite.

Noi sappiamo che tra la regione epatovescicolare e l'apparato cardiovascolare esistono stretti rapporti: hanno comune innervazione — vago simpatica —; uno stimolo vivace portato su di un punto delle vie biliari può modificare o sospendere il ritmo cardiaco, come d'altra parte, sebbene raramente, malattie dell'apparato cardiovascolare decorrono con fenomenologia analoga alla colica biliare o a qualche altra affezione addominale. Di questa evenienza tiene conto per es.: la New York Insurance Co., la quale, in una circolare inviata nel maggio 1932 a proposito delle precauzioni da prendersi nei casi sospetti di angina di petto, ammonisce i propri fiduciari a ricordare che il dolore al di sotto del diaframma non significa di necessità che la malattia sia intraddominale.

Alcuni parlano di semplice irradiazione del dolore; altri di una localizzazione fallace delle sensazioni dolorose.

Nel caso nostro vi è già una epatomegalia da stasi e gli accessi dolorosi postprandiali potrebbero essere determinati anche dal lavorio cui viene sottoposto l'apparato epatovescicolare durante la digestione. E questo trova conferma nel fatto che una volta erano intensissimi e vi era fegato molto grosso (sei cm. oltre l'arco costale), ora sono più miti ed il fegato è molto ridotto (un dito trasverso oltre l'arco costale).

***

Quando già il lavoro era in tipografia l'a. è deceduto. Rapidamente sono comparsi i segni di uno scompenso cardiaco acuto (edemi cospicui, dispnea intensa, epatomegalia notevole, rantolini da stasi alle basi pulmonari).

Il dolore s'è esteso alla regione precordiale, allo sterno ed al braccio sinistro.

Ha carattere accessionale, ma gli accessi sono frequentissimi, subentranti. Notevoli l'angoscia del paziente ed il senso di prossima fine.

In un accesso doloroso, particolarmente intenso, l'a. finisce.

Atripalda (Avellino).

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di sinfisi pericardica confuso per molto tempo con una colecistite, a causa del dolore localizzato esclusivamente alla regione cistica ed alla spalla destra e del suo tipo. Cerca di spiegarne le ragioni.

RIVISTE

Gozzo e gozzismo.

La questione del gozzo si presenta di notevole interesse dal punto di vista scientifico come da quello pratico. Tuttora avvolta nel mistero l'eziologia che, ad ogni modo, appare assai complessa; notevole la sua ripercussione sullo sviluppo fisico ed intellettuale, sulla nati-mortalità, sicchè la questione ha anche riflessi sull'eugenica e sul problema demografico, mentre le nuove vedute suscitano sempre più assillanti problemi, per i possibili rapporti con il distiroidismo, con gli ipo- ed ipertiroidismi, con il morbo di Flaiani-Basedow.

Fino a pochi anni or sono, il gozzo in Italia è stato scarsamente considerato; si può dire che la questione veniva agitata soltanto da due funzionari della Sanità pubblica, il Medico provinciale dott. S. Balp e specialmente l'Ispettore Gen. medico, dott. V. Ambrosi, che è stato chiamato il Decano dello studio del gozzo in Italia e che continua con infaticabile attività ad occuparsi dell'argomento anche nei Congressi internazionali, come fece recentemente a Berna, dove furono accolte favorevolmente le sue proposte ed il suo questionario.

Ma fu soltanto verso il 1920-1923 che si risvegliò in Italia l'interesse për lo studio del gozzismo e per i suoi aspetti medico-sociali, specialmente ad opera di E. Lugaro, U. Cerletti, G. Muggia, G. Pighini ed E. Levi, che prospettò la questione al Consiglio Superiore di Sanità, per cui la Direzione Generale di Sanità Pubblica diffuse un questionario ai Medici provinciali delle zone colpite, in modo da conoscere la reale entità del male ed, in seguito, permise ed incoraggiò esperimenti di profilassi che sortirono buoni risultati.

Il gozzo, semplice od associato al cretinismo, è diffuso in tutto il mondo; nel massiccio dell'Imalaia, come nell'Argentina, in varî stati degli Stati Uniti A. (Idaho, Oregon, Washington, Montana) dove la proporzione dei gozzuti fra i giovani che si presentano al servizio militare è del 21-26 per 1000. Lo troviamo in Africa come in Australia ed anche al Giappone, che si riteneva un tempo immune.

In Europa, è particolarmente diffuso nel massiccio montagnoso alpino: Svizzera, Baviera, Austria, Valtellina, Valdostano, ma non si può dire che sia limitato alle montagne. Così, in Polonia, se prevale nel distretto di Krakòw che comprende gli alti Tatra, lo si trova anche nelle vaste pianure; lo troviamo in Olanda e così pure nelle pianure della Germania. Scarso è in Francia, mentre non infrequente è nella Spagna, per la quale vi ha particolarmente richiamata l'attenzione il Marañon.

In Italia, le regioni più colpite sono: Piemonte, Lombardia, Veneto, ma non manca in

Liguria, Emilia, Umbria, Campania, Sicilia.

Numerose e svariate sono le ipotesi sull'*Eziologia*, imperniantesi molte sull'origine idrica: assenza o presenza di dati sali, presenza di una sostanza colloidale specifica, di elementi infettivi, di radioattività, a proposito della quale sono da citare le recenti ricerche sperimentali di Marchesa, che dimostrerebbero un rapporto fra potere radioattivo dell'acqua ed endemia strumosa.

Altri ha messo in causa le deficienti condizioni igieniche dell'abitazione, il contagio per mezzo di insetti ematofagi, lo strapazzo fisico, la carenza di jodio, i foci infettivi.

Tutti hanno portato a sostegno della propria tesi degli elementi dimostrativi che le osservazioni di altri hanno spesso contraddetto. Osserva ironicamente a tale proposito il Trikurakis che la teoria della radioattività è oggi la più in voga, perchè è finora... la meno controllata e lascia quindi sperare di spiegare con essa molti piccoli fatti rimasti insoluti con altre teorie.

Quello che finora appare sicuramente assodato è il *fattore localistico*, per cui sono colpiti soltanto determinati territorî ed in questi sono colpiti anche gli animali: i vitelli, i cani, i ratti, gli stambecchi. Questo fatto che sono colpiti da gozzo anche gli animali che vivono allo stato libero, come i ratti e gli stambecchi, dimostra la poca fondatezza delle ipotesi, che considerano come fattori eziologici importanti le cattive condizioni igieniche dell'abitazione, la permanenza nelle stalle, lo sviluppo della industria armentizia. D'altra parte, l'elemento infettivo sembra in causa in alcune circostanze, come, p. es., nelle epidemie di gozzo che hanno colpito dei soldati in territorio di Bard (zona endemica in provincia di Aosta) e di Novara (zona immune).

Allo stato attuale delle nostre conoscenze, la questione dell'eziologia del gozzo è ancora lungi dall'essere risolta, per quanto gli studiosi — forse anche per i buoni risultati ottenuti con la profilassi jodica — si orientino in gran parte verso la carenza di jodio. Un vasto studio sta compiendo ora A. Pult sui terreni delle zone endemiche italiane, determinandone le caratteristiche ed il contenuto in jodio.

***

Il gozzo si presenta in *forma diffusa* (semplice ipertrofia della tiroide, che si rileva all'inizio con quell'ingrossamento del collo alla base, che caratterizza la così detta gola grossa o piena) ed in *forma nodosa*, che succede alla prima.

È importante il riconoscere l'ipertrofia tiroidea nei suoi primi stadî. Sino a che la tiroide è normale, la linea che dal mento, a collo eretto e testa lievemente arrovesciata indietro, scende alla radice del collo, appare leggermente concava. Ma un leggero ingrossamento di essa basta a rendere retta questa linea.

Se la spessezza dei tessuti lasciasse qualche dubbio, la palpazione permette di apprezzare con sufficiente esattezza i limiti della tiroide, arrivando anche a misurarne la superficie.

Importante e pratica è la misura della circonferenza e del diametro del collo, quale si fa mediante un nastro, rispettivamente un compasso di spessore, fissando posteriormente la settima vertebra cervicale ed anteriormente un punto che si trovi a determinata distanza dalla fossetta del giugulo e corrisponda alla parte più prominente della tiroide.

Gli effetti ed il danno del gozzo sono noti. La grande influenza che la tiroide ha sull'organismo fa sì che oltre e più che gli effetti locali (che non sono pochi nè lievi, per la compressione esercitata) siano da prendere in considerazione quelli generali, che si riflettono sullo sviluppo dell'organismo, sul ricambio, sul cuore. Così pure è nota l'associazione gozzo-cretinica, ma non si deve però inferirne che il gozzo sia sempre accompagnato da cretinismo o da deficiente intelligenza, chè non è raro trovare fra i gozzuti delle menti vivaci, pronte e fini.

Con le nuove vedute, poi, la questione del gozzo si allarga alle disfunzioni tiroidee in genere. Esso non va più considerato come una semplice deformità o come il primo gradino di una scala che conduce al cretinismo. Ben altre e più vaste conseguenze ne possono derivare; oltre alle molte miserie umane che vi sono spesso connesse (nanismo, deformazioni somatiche, sordo-mutismo, balbuzie, ecc.), ai tumori della tiroide, essa è in rapporto con tutti gli ipertiroidismi che culminano nel morbo di Flaiani-Basedow e con l'ipotiroidismo, forma di scompenso tiroideo, che merita uno studio approfondito. Osserva giustamente A. Trikurakis, un valente e studioso medico condotto della Valle d'Aosta, che il vario volume della tiroide, che si nota a seconda delle zone e che pare abbia rapporti con il temperamento neuro-ormonico delle popolazioni, si identifica probabilmente con la tireo-megalia montana e sia determinato — al pari di questa — dal fattore primario locale, predisponente al gozzismo. Le numerose ipertrofie eutireotiche della tiroide, che si riscontrano nelle regioni endemiche, presentano una grande instabilità funzionale ed una particolare disposizione ad ammalarsi, forse proporzionale al loro volume. Accanto ad esse, si trovano quelle ipotireotiche e, forse più numerose, le ipertireotiche.

La profilassi del gozzismo.

Qualunque sia l'eziologia del gozzismo che va comunque ritenuta assai complessa, è certo che la carenza di jodio vi ha gran parte, sicchè si presenta come compito principale della

profilassi quello di rifornirne le popolazioni delle zone gozzigene. Si è dapprima pensato di attuarne la somministrazione nei ragazzi delle scuole, come l'unico gruppo di popolazione facilmente controllabile. Si sono quindi dati dei preparati jodici e dei cioccolatini jodati. I risultati furono incoraggianti; ma non bisogna dimenticare, da un lato, che il gozzo tende a diminuire spontaneamente verso il nono anno di età e, dall'altro, che in tal modo la profilassi si compie soltanto su un gruppo di popolazione, per un periodo di tempo limitato e, forse, con dosi eccessive di jodio.

Più pratici si presentano gli altri due metodi di somministrazione, con il sale da cucina jodato e con l'acqua potabile. Quest'ultimo sistema è stato seguito agli Stati Uniti A. (Rochester, Anaconda) immettendo nella condotta d'acqua, per 2-3 settimane, 2 volte all'anno, dello joduro di sodio, in ragione di kg. 7.250 per mc. 9.420.000.

Più conveniente sembra però l'uso del sale da cucina jodato, che è quello che si viene maggiormente diffondendo fra noi. Gli esperimenti fatti in molti paesi e le chiare relazioni di Eggenberger e di Muggia al II Congresso del gozzo (a Berna) riguardanti l'uso del sale jodato nel Cantone di Appenzell ed in Valtellina dimostrano la perfetta innocuità di tale somministrazione e la sua efficacia. Quest'ultima è stata anche dimostrata per gli stambecchi di St. Gall (Svizzera) in cui la somministrazione del sale jodato fece diminuire la nati-mortalità, che ricomparve con la sospensione dell'uso. Gli effetti sono evidenti sulla diminuzione della mortalità infantile, dello struma dei neonati, degli scolari, della pubertà, delle reclute, di quello gravidico.

Attualmente, il sale jodato, che viene preparato con l'aggiunta di un grammo di joduro di sodio ad un quintale di sale da cucina, viene distribuito — invece del sale da cucina — a tutti i comuni della provincia di Sondrio e ne viene esteso l'uso anche ad altre provincie. Nessuna differenza di sapore esso presenta e nessuno dei temuti fenomeni di intolleranza o di risveglio di ipertiroidismo si è mai verificato. Calcolando a 10 grammi a testa il consumo giornaliero di sale, ogni individuo introdurrebbe giornalmente mg. 0,1 di joduro di sodio, pari a mg. 0,057 di jodio.

Unica obbiezione che si può fare e che, in considerazione della piccolissima quantità di joduro di sodio in confronto della grande quantità di sale, la ripartizione non sia perfettamente uniforme; ma è probabile che nel complesso le minime differenze si compensino ed ognuno arrivi ad introdurre globalmente una quantità di jodio sufficiente per impedire la carenza. I buoni effetti ottenuti dimostrano, del resto, che praticamente tale metodo risponde bene. E questo in fondo, al di fuori di ogni considerazione teorica, è l'essenziale per il benessere ed il risanamento delle nostre popolazioni. A. FILIPPINI.

N. B. La bibliografia sul gozzo è assai vasta. Mi limito qui ad accennare alle due pubblicazioni seguenti: R. OLESEN. *Endemic goiter*. Pub. health Bull., n. 192, 1929, ed il numero monografico di *Rassegna intern. di clinica e terapia*, 15 dic. 1933, contenente lavori di F. MC CLENDON e TAKEO IAMI (Jodio e G. studiati in viaggio per il mondo), H. EGGENBERGER (Risultati della profilassi del G. in Svizzera), A. PULT (Lo studio dei terreni per eventuali relazioni con l'endemia strumica), A. MARCHESA (Le anomalie della tiroide in rapporto con la radioattività dell'acqua), G. A. TRIKURAKIS (Vedute e considerazioni sul G.) e di V. AMBROSI (La II Conferenza internazionale sul G. a Berna).

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

La nicchia considerata come criterio di cicatrizzazione di un'ulcera peptica.

(JACOB BUCKSTEIN. *Am. J. of Digestive Diseases and Nutrition*, sept. 1934).

L'A. è stato uno dei primi radiologi che ha attirato l'attenzione degli altri sulle modificazioni radiologiche delle immagini d'un'ulcera trattata medicalmente.

Secondo Jacob la nicchia, osservata con esami radiologici in serie, sparirebbe in media verso il 41° giorno di cura.

La scomparsa della nicchia sarebbe accompagnata dal miglioramento di tutti i segni clinici. Nei soggetti molto vecchi o arteriosclerotici il miglioramento è più lento.

Per osservare bene la nicchia occorre che l'ammalato sia digiuno, a stomaco completamente vuoto. La posizione in cui fare l'osservazione ha notevole importanza. Stando in piedi, si possono osservare nicchie che sarebbe difficile vedere stando l'ammalato piegato. Ordinariamente nella posizione flessa la nicchia si osserva più grossa. Però è da tenere presente che un semplice peristaltismo può mascherare una nicchia.

Dopo Forsell che l'ha studiato, si sa che l'edema della mucosa impedendo talvolta l'entrata del bario nella nicchia, fa assumere a questa varie forme.

Bisogna pertanto riesaminare l'ammalato a riposo e a cure antispasmodiche, le quali, riducendo l'edema della mucosa, possono fare osservare una piccola nicchia.

L'A. nota che la prova più convincente della cicatrizzazione di un'ulcera risiede nel regredire delle dimensioni della nicchia più che nella sua brusca scomparsa. Un trattamento inefficace dell'ulcera farà vedere una nicchia invariata o ingrandita. L'osservare una irregolarità persistente del bulbo, malgrado

sia accompagnato da un miglioramento clinico, non sta a significare l'assenza di cicatrizzazione.

Haudek (nel 1912-13) descrisse i due principali segni dell'ulcera duodenale; Cole e Akerlund analizzarono successivamente i differenti tipi di deformità di questa regione.

La nicchia, in generale, è di forma conica; ha sede per lo più nella piccola curvatura. Berg pretende averla trovata presente nel 50 % dei casi di ulcera duodenale.

La più importante di tutte, è la nicchia senza deformità di contorni del bulbo. Si osserva meglio dirigendo i raggi X in posizione obliqua.

L'A. non crede che la scomparsa d'una nicchia significhi guarigione clinica.

Essendo l'ulcera duodenale una malattia ciclica, le crisi dolorose possono riapparire senza che radiograficamente si riscontri la nicchia — però a testimoniare la sua presenza vi sono delle pieghe concentriche.

Per mettere in evidenza un'ulcera digiunale postoperatoria Strom insiste sui seguenti punti: esercitare una compressione sulla regione; fare prendere al malato un secondo pasto opaco per ristudiare il passaggio; produrre *clichés* in serie.

Scott raccomanda di aggiungere alla compressione il massaggio della regione.

L'A. conclude affermando che si possono radiograficamente seguire gli effetti benefici di un trattamento medico. Scandurra.

La resezione gastro-duodenale come trattamento sistematico dell'ulcera duodenale.

(A. Chiasserini. *Ann. of Surgery*, luglio 1934).

L'A. descrive la tecnica operatoria, i reperti patologici e i risultati immediati delle resezioni gastro-duodenali eseguite sistematicamente da lui e dai suoi assistenti negli ultimi due anni in casi di ulcera duodenale. Infatti in questo periodo di tempo nel reparto diretto dal C. su 124 interventi eseguiti per lesioni ulcerative benigne del tratto gastro-duodenale 117 furono resezioni. Di questi 124 interventi 81 furono per ulcere duodenali non perforate, delle quali ne vennero resecate 76. Sono questi i casi che formano oggetto dello studio in esame. Tutti i casi riferiti vennero operati personalmente dall'A. Mortalità operatoria 9,2 %. Essa risulta un po' più elevata di quella delle resezioni per ulcera gastrica che fu del 5,5 % corrispondentemente nel primo caso si tratta sempre di interventi più complessi e difficili.

L'A. è fautore della anestesia loco-regionale sufficiente a fronteggiare qualsiasi evenienza in malati ben preparati. Usa la più grande cura nel praticare l'emostasi del moncone gastrico e fa una gastro-digiunostomia orale parziale inferiore, transmesocolica attaccando però l'ansa digiunale allo stomaco fino alla piccola curva per evitare inginocchiamenti.

L'ulcera di per sè rappresenta solo una parte della complessa patologia della lesione, tutto il duodeno per un certo tratto intorno ad essa deve essere considerato come malato; lo stesso si dica dell'antro che fu trovato quasi sempre in preda a processi di gastrite, talora anche grave, e il cui funzionamento era certamente divenuto anormale. Inoltre secondo il C. l'ulcera gastro-duodenale a un certo periodo della sua evoluzione cessa di essere una lesione puramente gastrica o duodenale e finisce per interessare le formazioni circostanti sia per il processo di penetrazione del fondo sia per la diffusione di processi flogistici e degenerativi periulcerosi. In uno stadio ulteriore i tessuti cicatriziali che si formano possono seriamente interferire colla funzione di organi circostanti.

La resezione quale viene eseguita dal C. in base a queste considerazioni anatomo cliniche comporta perciò la sezione del duodeno ben al disotto della lesione, previa ampia mobilizzazione alla Kocher e liberazione delle formazioni anatomiche periduodenali e la sezione dello stomaco al disopra dell'antro.

Certo bisogna convenire con il C. che dopo un intervento così completo si capisce come si abbiano guarigioni complete e durevoli spiegate dalle profonde modificazioni della funzione che vengono messe in evidenza dagli esami del chimismo e della motilità gastrica.

Manfredo Ascoli

I tumori infiammatori non specifici del crasso.

(Anschütz. *Dtsch. Z. Chir.*, 243-377, 1934).

Già nel 1908 Braun richiamava l'attenzione su tumori del crasso apparentemente di origine neoplastica o infiammatoria specifica che si rivelavano successivamente per tumori infiammatori cronici di natura nè neoplastica nè specifica. Tali tumori sono assai rari nel crasso, come del resto in tutti gli altri organi. Nel materiale della Clinica di Kiel dal 1908 al 1933 raggiungono la cifra di appena 12.

In un primo gruppo di 6 casi tali tumefazioni si presentavano sotto l'aspetto di tumori maligni.

Prevalevano nella sindrome fatti occlusivi; all'atto operatorio si rilevava la presenza di grosse masse che già macroscopicamente si differenziavano sia da una proliferazione neoplastica che specifica e che all'esame istologico dimostravano carattere di tessuto di granulazione non specifica.

In un secondo gruppo il quadro clinico era dominato da sintomi di flogosi acuta. Dolori, febbre, vomito. Anche qui reperto operatorio in assoluto contrasto con la sindrome clinica. In nessuno dei casi di questo gruppo come del precedente sarebbe stata possibile una dia-

gnosi esatta. In alcuni casi della letteratura invece l'A. sostiene che la diagnosi sarebbe stata possibile. Tale possibilità può essere data dal rapporto temporale fra lo sviluppo del tumore e precedenti interventi operatorî intestinali, oppure una crescita lentissima del tumore, con eventuale subentrare di poussées infiammatorie acute.

Come nel quadro clinico così anche in quello anatomo-patologico macroscopico, vi è alternanza di quadri infiammatori e tumorali. L'aspetto macroscopico varia da un quadro di tumefazioni arrossate dalla sierosa coperte di fibrina a veri e propri tumori duro-fibrosi tali da potere essere scambiati con cancri. La fibrificazione non rappresenta però una fase di cicatrizzazione perchè essa va di pari passo con fatti acuti infiammatori.

L'esame istologico offre il quadro di *flemmone cronico della parete intestinale*. Esso consta principalmente di ammassi linfocitari e plasmacellulari.

Come fattori etiologici di tali tumori infiammatori vanno menzionati in prima linea i corpi estranei, vengono quindi i vermi, e si possono trovare nell'anamnesi di queste forme coliti, dissenteria amebica, appendicectomia ecc.

Si possono diagnosticare i tumori infettivi dell'intestino? In linea di massima, no; difatti i 12 casi riferiti dagli AA. furono tutti diagnosticati o come cancri o come affezioni acute. Tuttavia l'A. dice che si può essere guidati alla diagnosi giusta quando ci si trovi davanti ad un tumore crescente lentamente, senza febbre e in seguito ad appendicectomia, a colite, ad elmintiasi. ALDO CALÒ.

Cancro dello stomaco e anemia perniciosa progressiva.

(E. WEIL e J. BERNARD. *Presse Médicale*, 19 gennaio 1935).

L'epatoterapia e la gastroterapia hanno trasformato il decorso dell'anemia perniciosa progressiva. Ma l'avvenire dei pazienti di questa sindrome rimane ancora oscuro.

Gli autori riportano il caso di un individuo affetto da morbo di Biermer tipico il cui corso felicemente influenzato dal trattamento epatico fu improvvisamente interrotto dopo parecchi mesi da un cancro gastrico. L'anemia fu riconosciuta nel 1926 e malgrado incidenti diversi, sopratutto nervosi, lo stato del malato restò soddisfacente per otto anni. La morte sopravvenne nel 1934 dopo un breve periodo di aggravamento. L'autopsia mise in evidenza un cancro dello stomaco propagato al lobo sinistro del fegato.

L'associazione morbo di Biermer e cancro gastrico è stata più volte constatata. Sono stati registrati casi nei quali l'anemia perniciosa sopravvenne dopo gastrectomia per neoplasma. e casi nei quali le due condizioni furono constatate simultaneamente senza che si potesse con certezza accertare la cronologia dei disturbi.

I casi nei quali l'anemia perniciosa ha senza dubbio preceduto il cancro sono più rari, forse in relazione al fatto che prima dell'avvento della epatoterapia la malattia aveva un decorso rapidamente fatale.

Comunque nell'ammettere questa associazione o successione morbosa conviene tener presente le probabilità di errori derivanti dalla possibilità di scambiare un'anemia cancerigna con un'anemia perniciosa, e attribuire i disturbi gastrici dell'anemia perniciosa al cancro.

Quest'ultimo scambio è tanto più possibile in quanto il reperto radiologico dello stomaco dei biermeriani è spesso rassomigliante a quello del cancro.

Per quel che riguarda il reperto ematologico è a segnalare che l'anemia cancerosa è banale, mentre per parlare di morbo di Biermer bisogna constatare anemia, ipercromia, megoloblastosi e megalocitosi.

Secondo alcuni il cancro è responsabile dell'anemia perniciosa anche quando questa precede di molto. Tale è l'opinione di Melocchi che ha riportato un esempio di coesistenza di cancro dello stomaco ed anemia biermeriana tipica tanto da cedere all'epatoterapia. Ma, come ha dimostrato Hayem, l'anemia cancerosa è ipocroma, microcitaria, senza reazione midollare. Certo le metastasi midollari del cancro gastrico possono provocare un'eritroblastosi ed una macrocitosi, ma si tratta di forme eccezionali e del resto c'è sempre la mancanza di megaloblasti e di megalociti caratteristici dell'anemia perniciosa. Infine la leucopenia e la subpiastrinosi dei biermeriani è differente dall'iperleucocitosi e dalla piastrinosi dei neoplasmi gastrici.

Altri sostengono che la coesistenza o la successione delle due affezioni dipenda dall'achilia, che è ritenuta responsabile sia del cancro gastrico come dell'anemia perniciosa. Ma Wilkinson ha fatto giustamente osservare che l'analogia tra l'achilia del cancro e l'achilia dell'anemia è affatto apparente. Nel cancro c'è *deficit* di acido cloridrico e di pepsina, mentre nell'anemia il fatto essenziale sarebbe l'assenza di una sostanza speciale, fattore essenziale di Castle, emopoietina o addisina.

In effetti bisogna concepire differentemente i rapporti tra anemia perniciosa e cancro. Al riguardo si possono avanzare due interpretazioni.

La prima è anatomica: è nota la frequenza con la quale il cancro si sviluppa su lesioni infiammatorie croniche, e, specie per quello gastrico, la preferenza per le regioni cicatriziali, per le regioni dove hanno sede ulcerazioni croniche. Si può supporre che le alterazioni gastriche, l'aplasia gastrica, notata costantemen-

te nell'anemia perniciosa abbiano un'influenza analoga a quelle delle già dette lesioni. In altri termini l'anemia di Biermer sarebbe considerata come un vero stato precanceroso. L'epatoterapia ha moltiplicato i casi di cancri gastrici nei birmeriani in quanto lascia loro il tempo di svilupparsi.

La seconda interpretazione è funzionale. Alla luce dei lavori recenti di stomaco appare come un organo la cui fisiologia è molto più complessa di quel che si credeva. Sembra che si possa dissociare la sua funzione ematopoietica da quella digestiva. L'anemia perniciosa potrebbe essere considerata come la sindrome rappresentante un disturbo localizzato della funzione ematopoietica. Tale alterazione in secondo tempo potrebbe costituire il punto di partenza del cancro. Dr.

RICAMBIO.

La gotta ed il metabolismo delle purine.

(R. M. Wilder e D. L. Wilbur. *Arch. int. medicine*, febbraio 1935).

In una rivista sintetica sull'argomento, gli AA. osservano che mentre l'abnorme metabolismo delle purine è considerato come la caratteristica fondamentale della gotta, gli AA. moderni tendono a riguardare le anormalità di tale metabolismo osservate nella gotta piuttosto come il risultato che la causa della gotta, rilevando che esse hanno importanza secondaria. Dalla osservazione di molte articolazioni gottose, si arriverebbe alla conclusione che il deposito di urati in esse è relativamente senza importanza ed uno degli effetti minori dei mutamenti metabolici in cui sono prodotti altri corpi tossici diversi dagli urati. La gotta, secondo Knaggs, è stretta parente dell'infezione reumatoide.

Altri autori, come Watson, hanno accettato l'idea che la causa della gotta sia la sensibilizzazione cellulare, in altre parole, che si tratti di un fenomeno allergico, di cui il fattore eccitante sarebbero le proteine endogene od esogene di origine patologica e biochimica ed il fattore predisponente, l'eredità.

Il contenuto in acido urico del sangue dei diabetici ha richiamato finora scarsa attenzione. Ricci ha osservato che nei diabetici digiunanti, l'acido urico nel sangue è elevato in quelli che non ricevono insulina e normale in quelli a cui si somministra e che l'aumento dell'acido urico nel sangue consecutivo ad un pasto ricco in purine è più prolungato negli individui con diabete che nei controlli normali. Bertram, d'altra parte, ha trovato che il contenuto del sangue in acido urico è molto elevato in assenza di un aumento dell'azoto non proteico, nei pazienti con diabete, durante lo stadio precomatoso o nel coma.

Quick rileva che l'acido aceto-acetico, somministrato oralmente ad individui normali determina l'escrezione di acido urico e ne conclude che la ritenzione di acido urico nel diabete, sia nel digiuno che in pasti ricchi di grasso, può spiegarsi con l'azione degli acidi organici. L'acido lattico, sia somministrato oralmente che prodotto da sforzi, da intossicazione cloroformica o da eccesso di bicarbonato di sodio, come pure l'acido benzoico, fenilacetico od altri acidi aromatici diminuiscono l'escrezione dell'acido urico, sicchè Quinck propone la teoria che l'escrezione dell'acido urico esige un'adeguata provvista di materiale antichetogenico. In armonia con queste osservazioni sono i reperti di Lockie e Hubbard, che riuscirono ad accelerare la comparsa di un accesso di gotta in individui predisposti, alimentandoli con una dieta ricca di grassi, mentre invece riuscirono a calmare un accesso con una dieta ricca in carboidrati. La rarità della gotta nei diabetici, notata da Joslin e da altri e la scarsa frequenza di attacchi di artrite nei pazienti che vivono a dieta chetogenica difficilmente si accordano con queste osservazioni e teorie.

Da quando è entrato in uso il nuovo trattamento dell'anemia perniciosa, si è osservato un acceleramento occasionale dell'attacco di gotta, con la somministrazione di un estratto di fegato o di un preparato di stomaco disseccato. Riddle ha notato aumento dell'acido urico nel sangue 24 ore dopo l'inizio di una cura con estratto di fegato; Spence ha attribuito 2 casi di gotta ad eccessiva ingestione di fegato ed ha osservato un caso di accesso gottoso tipico al 36° giorno dall'inizio del trattamento con stomaco disseccato.

Il classico *trattamento della gotta*, con la restrizione delle purine, le applicazioni calde e fredde, il riposo ed i preparati di colchico e di cincofene continua senza modificazioni. Quando si pensi che salvo l'introduzione del cincofene, fatta nel 1908, non si era avuto altro miglioramento essenziale nel trattamento della gotta dall'introduzione del colchico fatta nel secolo XVI, si deve convenire con Williams che la gotta costituisce un vergognoso rimprovero per la medicina. Le ricerche moderne non hanno affatto modificato gli antichi principi dietetici della gotta, se pure ne hanno spiegato in parte la razionalità. Watson, tenendo presente la sua teoria allergica, ha ricercato qualche tipo di cibo per cui i gottosi possono essere ipersensitivi.

Per quanto riguarda l'uso del cincofene, si deve tener presente che il suo uso inconsiderato può provocare un'epatite con conseguenze più o meno gravi. Watson afferma che lo iodio, sotto forma di joduro di potassio, agisce sullo stato gottoso con la stessa efficacia e con maggiore sicurezza che il cincofene. Tutto sommato, si può concludere con Hench che se altri analgesici possono usarsi con la stessa efficacia, il cincofene va evitato, ma che quando gli altri rimedi sono inefficaci, il suo uso

è giustificato. I dati statistici, del resto, portano alla conclusione che, in realtà, i pericoli del cincofene sono lievi ed i casi mortali possono calcolarsi nella proporzione di 1 a 600.000. Sarà bene, ad ogni modo, seguire il consiglio di Weintraub di somministare unitamente al cincofene degli alcalini, in modo da prevenire il possibile deposito di urati nell'urina acida e di sospendere l'uso del rimedio non appena si manifestino dei segni di intossicazione. *fil.*

La nitrofenina nella pratica corrente.

(COURDOUAN. *Progrès Médical*, 1934).

La nitrofenina, o termol, appartiene alla vasta classe dei derivati nitrici del fenolo; è infatti l'alfa-dinitrofenolo 1-2-4, il più attivo ed il meno tossico dei sei isomeri della sua categoria. Si usa per via orale, dato che la via ipodermica non si è dimostrata per nulla più efficace; la somministrazione è quindi facilissima, e la posologia elastica.

La tolleranza sembra funzione delle dosi ingerite; il rapporto degli effetti alle dosi, nella maggior parte dei casi, è talmente rigoroso, che è abitudine somministrare una dose proporzionale al peso del soggetto, ossia una compressa di due centigrammi e mezzo per ogni 10 chili di peso, al pasto di mezzodì. Questa dose è la più comunemente usata nella cura dell'obesità, per ottenere cadute di peso che superano una libbra per settimana. Tuttavia può essere vantaggioso cominciare con due o tre compresse al giorno, ed aumentare di una compressa ogni giorno fino a determinare la dose ottima, con la certezza di restare così nei limiti di tolleranza di ciascun soggetto.

Nelle cure di sostegno e consolidamento, in quelle delle ipotermie, dei disturbi circolatorii, dell'emicrania, ecc., si rimane anzi spesso al disotto di queste dosi, prescrivendo soltanto due o quattro compresse al giorno.

A queste dosi normali, nessuna sensazione anormale viene risentita dall'ammalato; si ha soltanto una impressione di euforia e di attività, e qualche volta di calore, per nulla sgradevole; Anderson, Red ed Emerson hanno insistitito su questo punto.

Più eloquente ancora è la statistica recente di Tainter, di Stockton e Cutting, che comprende 113 soggetti. Essi citano il caso di una donna la quale ingerì in totale 54 grammi di nitrofenina in 125 giorni di cura, perdendo 22 chilogrammi di peso, senza disturbi di sorta.

Con dosi elevate dell'ordine di 2 a 3 compresse per ogni 10 chilogrammi di peso, si provoca una specie di febbre artificiale con sudori profusi; questa piressia medicamentosa costituisce un prezioso avvertimento per gli obesi che fossero tentati di forzare le dosi. Infine con dosi decuple della dose normale, si raggiunge la soglia delle manifestazioni tossiche.

Il controllo della tolleranza è quindi facilissimo; un semplice controllo della temperatura.

Il primo mezzo per evitare ad ogni modo qualsiasi incidente è quello di serbare alla nitrofenina il suo carattere di medicamento che deve essere prescritto esclusivamente dal medico.

Soltanto il medico ha infatti la facoltà di avvisare il paziente di non impressionarsi se le urine presentano un colore verdastro o nerastro, o se le congiuntive sembrano un po' giallognole; questi fatti derivano semplicemente dalla metacromasia del dinitrofenolo, che, come è noto, è un energico colorante.

Così pure l'apparizione di sudori farà diminuire la dose quotidiana a due o tre compresse, mentre l'insufficienza del dimagramento indurrà a vigilare la dietetica, tanto più che la nitrofenina, accelerando le combustioni cellulari, eccita per questo stesso fatto, l'appetito.

Infine la nitrofenina, per la sua funzione fenolica, può talora determinare una eccitazione intestinale, che si manifesta con un po' di diarrea, ed anche, per quanto più di rado, con qualche colica che la contemporanea ingestione di creta preparata corregge facilmente.

Sempre per causa del nucleo fenolico del medicamento, era da aspettarsi qualche caso di idiosincrasia, come si ha con la fenacetina, il gardenale, la resorcina: Anderson cita il caso di una donna che per quindici giorni aveva seguita la cura per l'obesità da cui era afflitta, ed aveva perduti 1.500 grammi; la sera del 15° giorno apparve un'eruzione orticariforme, con qualche algia articolare: in cinque giorni tutto era scomparso. Quando si manifestano questi fenomeni, che gli autori americani definiscono giustamente « allergici », non si ha nessun perturbamento della funzione renale, epatica o circolatoria. Curati con la medesima serie di medicamento, per due mesi, tredici altri pazienti non hanno presentato nessun disturbo. Tainter, Stockton e Cutting hanno pure osservati, fra i loro 113 pazienti, tre casi di orticaria transitoria, la quale ha poi permesso, in seguito, la prosecuzione della cura.

È noto che questi fenomeni allergici si osservano negli alcoolisti, nei tubercolotici, negli epatici, nei reumatici cronici, nei nefritici, tutti ammalati di cui non si mancherà di saggiare la tolleranza all'inizio di una cura.

La nitrofenina è veramente un acceleratore delle combustioni cellulari (Mayer): il suo campo terapeutico è perciò immenso, « pieno di promesse »; sarebbe un errore farne il medicamento soltanto della obesità, in cui tuttavia il suo uso trasforma l'aspetto terapeutico di tale diatesi.

Tutte le obesità sono di pertinenza della nitrofenina, e non è il caso di ritornare su questo punto.

Circa il ritmo del dimagramento, in base ad uno studio che riguarda 16 ammalati, osservati durante due mesi di cura, il tasso ebdomadario medio della caduta del peso è stato di 550 grammi, ossia 4.400 grammi in due mesi.

I grandi obesi, (al disopra di 80 chili), dimagrano più rapidamente, perdendo fino a 1.500 grammi nella prima settimana.

Il polso non varia, e questo differenzia nettamente la nitrofenina dagli estratti tiroidei; così pure la tensione arteriosa resta immutata nei soggetti normali. Negli ipertesi, Tainter ha osservato caduta della tensione, parallela alla caduta del peso.

Nelle urine non si trova nè zucchero nè albumina, ed anzi, secondo Tainter, le albuminurie lievi degli obesi spariscono; nel sangue non esiste aumento dell'azotemia, dell'azoto residuale e dell'indice biliare plasmatico.

Così, anche nel campo clinico, viene confermata l'osservazione dei fisiologi; il punto di attacco del medicamento è direttamente cellulare e, alle dosi terapeutiche, nessun perturbamento viscerale accompagna la sua azione. A. P.

Glutationemia e vecchiaia. Deboli variazioni della glutationemia in uno stesso individuo normale.

(J. PARAF, J. DESBORDES e R. DELÉTANG. *Ann. de Méd.*, febbr. 1935).

Il glutatione è un tripeptide solforato composto di glutamile, cistamile e glicocolla. Il glutatione, grazie al suo potere ossido-riduttore, rende possibile l'attività della respirazione anaerobica delle cellule.

Gli AA. hanno creduto interessante precisare il tasso medio della glutationemia nel vecchio. È noto che nei vecchi i fenomeni di assimilazione e di disassimilazione differiscono da quelli osservati nell'adulto e che le facoltà di sintesi chimica diminuiscono con l'età. Si può dunque pensare ugualmente ad una diminuzione dei processi di ossidazione cellulare. Essendo poi ammesso che il glutatione è localizzato nelle emazie, accanto alle cifre di glutatione espresse per 100 gr. di sangue totale, è importante determinare la concentrazione del glutatione intraglobulare.

Gli AA. hanno eseguito numerosi dosaggi ed hanno trovato che l'età non influenza la glutationemia. D'altra parte, eseguendo dosaggi in serie, gli AA. hanno trovato che la glutationemia, nello stesso individuo normale, non subisce che deboli variazioni. Nei soggetti a digiuno poi si trova una concentrazione glutationemica globulare minore che nello stato normale. C. TOSCANO.

La patologia dell'acido ossalico.

(F. MARCOLONGO. *La Clinica medica italiana*, dic. 1934).

L'A. ha eseguito ricerche sulla formazione dell'acido ossalico dai carboidrati, dall'acido urico e dagli amminoacidi in condizioni normali e patologiche.

Risulta che, sia nell'individuo normale che in varie condizioni morbose implicanti un'alterazione del metabolismo ossalico (cardiopatie, epatopatie, nefropatie, tubercolosi, diabete) la fonte principale, se non esclusiva dell'acido ossalico è rappresentata dai carboidrati. Ciò è dimostrabile, sia con le curve glico-ossalemiche che con quelle da adrenalina. Invece, la formazione dall'acido urico e dagli amminoacidi è una possibilità assai meno frequente, ma che pure si verifica sicuramente in casi normali come anche in casi patologici, esprimendo forse un'alterazione generale dei processi formativi (iperproduzione di acido ossalico nell'organismo). *fil.*

DIVAGAZIONI

Come l'arte trasforma il dolore in piacere.

È di comune osservazione il fatto che l'arte, e sopra tutto l'arte drammatica, riesce a provocare un particolare stato psicologico, per il quale situazioni capaci soltanto di suscitare dolore finiscono per riuscire gradevoli.

E. Patini in un saggio di psicologia dell'arte, che rivela ancora una volta la sua sottile capacità d'analisi ed il suo profondo intuito, affronta il problema e lo risolve brillantemente.

Premette che l'idea di questo studio gli venne uscendo da un teatro napoletano dove il grande attore Emanuel aveva rappresentato *Re Lear*. Era stato attanagliato, soggiogato, fascinato dalla tragica personalità del vecchio e pazzo re, resa con tanta naturalezza e con tanto calore. Mai forse il dolore e la follia avevano trovata dovizia di coloriti e rivestimenti maggiore che nella creazione di Shakespeare e mai forse avevano trovato efficacia rappresentativa di accenti e di gesti maggiore che nell'interpretazione dell'insigne Emanuel. Ma *Re Lear* non commoveva solo per la sua infelicità individuale: egli era lo schema della sofferenza universale; era l'essenza stessa del dolore estratta da ogni creatura vivente che si condensava in un immenso simbolo umano, palpitante, lagrimoso e chiedente lagrime di consenso spirituale agli astanti. E questi in effetti si erano impietositi per i suoi tristi casi, per i suoi accenti di disperazione, avevano pianto quando egli piangeva. Tuttavia se lo spettatore si domandava se avesse goduto o sofferto doveva riconoscere che in fondo aveva provato un gran diletto.

Come accade che il dolore, dal quale ordinariamente rifuggiamo, riesce in condizioni speciali poste dall'arte, ad attrarci e a procurarci diletto?

Il problema va scisso in due parti. Da una parte considerare lo stato psicologico dell'artista intento ad elaborare l'opera a contenuto doloroso, e dall'altra lo stato psicologico di colui che assiste alla rappresentazione di un dramma, ascolta un brano musicale, legge un poema o un romanzo, contempla un quadro o una statua, ecc., di colui insomma che fa da utente o fruente dell'opera artistica.

***

In generale, a contatto delle opere d'arte a contenuto doloroso, noi ci lasciamo vincere subito dalla commozione, che, paralizzando la nostra critica, ci fa credere per immediata suggestione che le pagine lette siano state vergate da una mano fatta nervosamente celere dall'onda dello spasimo psichismo, che le parole ascoltate siano proprio lamenti pronunziati nell'acme del cordoglio, che la musica udita sia sgorgata come l'immediata espressione della tristezza. In altri termini noi abbiamo l'ingenua impressione che l'estro spunti dalla crisi, che l'ispirazione abbia i suoi natali nel grembo agitato dell'emozione angosciosa.

Ebbene questa è un'illusione.

Non è possibile che l'ispirazione sorga, mentre nella coscienza è ancora presente e dominante l'angoscia, per l'azione di arresto che questa esercita sullo psichismo. Il dolore è paralizzante. Provoca un quadro di accasciamento, d'inerzia, d'inettitudine ad attendere a qualsiasi occupazione anche alle consuete, di stanchezza, di rallentamento del pensiero, perchè la coscienza è spasmodicamente ricurva e contratta nel ferreo cerchio di poche idee penose.

Ciò posto non è ammissibile che l'ispirazione artistica attenda per nascere proprio il momento di una crisi di angoscia.

Certo tra dolore ed inspirazione, un legame v'è, ma indiretto. L'ispirazione nasce in secondo tempo dalla rappresentazione, o per dirla più semplicemente, dal ricordo dell'avvenimento che generò il dolore.

Con l'andar del tempo l'emozione collegata alle rievocazione dell'avvenimento doloroso diventa sempre più debole e scialba. Quantunque abbia gli stessi caratteri, la stessa tonalità, lo stesso colore della prima, perde d'intensità e quindi di capacità paralizzante. Non solo non se ne è più dominati, ma può essere dominata. Non più penetra l'individuo e l'annichilisce, ma può essere considerata estrema ed analizzata più o meno freddamente dall'individuo stesso.

L'artista che ci presenta il proprio dolore, non trae l'ispirazione dalla crisi di angoscia in atto, ma dall'emozione che ne richiama in un momento posteriore la quale perchè fornita di poca vivezza e sopratutto perchè riconosciuta estranea all'attualità dell'io, non ha azione paralizzante.

Intanto noi ci accorgiamo che il momento in cui l'artista è vittima di una reale sofferenza è anteriore a quello in cui l'assume a materia d'arte. E così quando il Leopardi alla donna, di cui è innamorato indarno, dice « tu non sai quanta piaga mi apristi in mezzo al petto... Intanto io qui per terra mi getto e grido e fremo », noi immaginiamo che il poeta sia davvero lì a contorcersi, a disperarsi, laddove colpiremmo nel segno, se ce lo raffigurassimo nella sua camera da studio, mentre siede al tavolino, o passeggia meditando, tutto immerso nel ritoccare una frase, nel tentare una nuova euritmia del verso, nel ricercare il fascino di una rima. E forse tormentato solo dalla ricerca di un verso più espressivo, o lieto e soddisfatto dell'opera compiuta.

La immensa sventura di Beethoven ci fa presumere che egli abbia attraversato stati di animo di malinconia e di disperazione, che sono espressi nell'allegretto della settima sinfonia, la pagina musicale più tetra, più nera che esista; ma ripugna credere che egli ne abbia avuta l'ispirazione, l'abbia limata e strumentata quando il suo spirito era tetanizzato dall'angoscia. Saremmo più nel vero pensando che nell'elaborarla egli abbia provato godimento della magnifica opera perfetta, della consapevolezza del suo genio e dall'immaginare l'effetto che avrebbe prodotto sugli ascoltatori.

Il dolore adunque soltanto allora può avere accesso nei dominî della bellezza universalmente riconosciuta, quando il tempo ne ha spuntato lo strale e distrutto o attenuato la vis emotiva; quando l'artista, o nei momenti nei quali può contemplare la sua sventura come uno spettatore.

***

Per quel che riguarda la seconda parte del problema conviene innanzi tutto stabilire che la tendenza a rifuggire dalla sofferenza genuina persiste in tutti coloro che si accostano ad un'opera d'arte.

Noi dall'arte attendiamo non il patema effettivo ma quell'apparente, non la realtà, ma il simulacro del dolore. Anzi noi vogliamo che quel che l'arte ci presenta non sia vero almeno nel momento in cui lo presenta; tutt'al più lo vogliamo verisimile.

Al riguardo non è necessario precisare che le lotte sanguinose dei gladiatori, i tornei medievali, le corride di tori e le gare di pugilati non costituiscono manifestazioni artistiche, ma soddisfano solo a tendenze remote e primitive costituenti le più basse stratificazioni dello psichismo.

Per studiare la nostra situazione psicologica di fronte al dolore espresso dalle opere d'arte conviene riferirsi ai movimenti del nostro spirito durante la rappresentazione di un dram-

ma. A misura che l'azione si svolge, che l'intreccio si complica e se ne concita il movimento, la nostra attenzione vi si concentra, la nostra personalità ne rimane assorbita. Lo spettatore si incatena al dramma ed è in preda ad un sentimento complesso, nel quale si lascia commuovere dalle azioni della scena, pur conservando la sorda consapevolezza che si tratta di una finzione. Lo spettatore è in balìa di un *sentimento misto*: egli s'immerge nel dramma come se questo fosse la realtà e tuttavia ne riconosce la irrealtà: crede e non crede nello stesso momento.

In effetti sembra che la psiche dello spettatore si scinda in due parti: l'una molto viva, molto lucida, che partecipa direttamente alla vita della rappresentazione e sembra essere tutta la sua coscienza del momento; l'altra più profonda, più oscura che esercita la censura su quel che si vede e lo nega. Si stabilisce un dualismo tra la parte emotiva e quella critica del nostro io. Ed allora le emozioni vengono sospinte nel campo della coscienza ad eseguirvi finte manovre: in relazione alla drammaticità dell'azione rappresentata e delle sensibilità dello spettatore possono prendere colore e forza fino a esternarsi con lagrime, modificazioni vasomotorie, movimenti mimici, ma non oltrepassano mai il limite di un puro trastullo, perchè nel fondo della psiche cova il senso della realtà che le riconosce come non appartenenti alla realtà dell'io e le bolla con il marchio del fittizio.

Lo stato psicologico che si determina in rapporto alla rappresentazione drammatica, sussiste egualmente in rapporto ad ogni altro genere di arte. Innanzi al soggetto doloroso, impresso con magistero di linee e di colori sulla tela, o plasmato nel bronzo e nel marmo, o trasfuso nel mistero delle note musicali, o erompente dalle voci di poeti e romanzieri si reagisce sempre con l'immedesimazione, che ne costituisce l'alto godimento spirituale. Essa è dovuta al tacito compromesso psicologico del non volere dall'arte il vero ma solo il verosimile, nonchè al meccanismo della illusione che permette all'io di sentire con la sola parte emotiva, esaltata dall'occasione, il dolore come se fosse reale, mentre con la parte critica dissimulata ne riconosce la irrealtà.

Il dolore adunque quando viene assunto dall'arte ha perduto la facoltà di nuocere, ma v'ha di più, esso diletta e diventa un fattore di bellezza sovrano che piace, forse, a preferenza di altri fattori.

Patini al riguardo osserva che non si possono fare che ipotesi.

Ciascuno di noi ha cara tutta quella somma di esperienze che costituiscono l'intima storia della sua anima. Ma in questa storia molti punti culminanti, molti di quelli che ne fanno ritrovare il filo, sono segnati dal dolore. Ora l'arte è una segreta rovistatrice della nostra psiche ed il dolore che essa ci presenta richiama l'esperienza del nostro passato soffrire che ci è sì cara. È forse questa una delle ragioni psicologiche che ci fa sembrar bello il dolore nell'arte.

Può anche pensarsi che il diletto sia procurato dal fatto che l'arte soddisfi la nostra curiosità, il desiderio di conoscere il dolore senza farcene sperimentare direttamente gli effetti. L'arte, disarmando e svelenando il dolore, ci dà la possibilità di conoscerlo senza riceverne male.

Il dolore è l'eterno nemico dell'uomo. Quanto più cresce il numero delle nostre difese tanto più l'implacabile titano moltiplica i tentacoli con i quali penetra nella compagine della vita e la impregna del suo veleno. A noi non resta che una piccola rivincita: contemplare il nemico stando al riparo delle sue offese.

E per ciò fare è necessario ricorrere all'arte: che sola sa dare l'incantesimo al terribile mostro e presentarcelo inerme e rabbonito; che sola può farci sentire un'ineffabile dolcezza nelle stille del pianto; che sola infine sa operare il prodigio di estrarre il gaudio dall'essenza istessa del pathos, assolvendo la funzione di benefica restauratrice di calma, di eterna e divina dispensiera di serenità agli affranti mortali.

argo.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

E. Rizzatti. *La traumatologia del cranio e del cervello nella pratica medico-legale*. Vol. di 117 pagg. S. P. E. M., ed., Milano, 1935. L. 45.

L'importanza sempre più grande che assumono i problemi medico-legali in rapporto con le lesioni violente, rende vivamente desiderabili delle ampie trattazioni monografiche che, come questa del Rizzatti sulle lesioni cranio-encefaliche, costituiscano non dei prontuari o formulari di rapida consultazione, ma siano guide meditate e coscienziose per poter affrontare con onestà ed intelligenza le difficoltà spesso gravissime della pratica medico-forense.

Preparazione ed esperienza dell'A. sia nel campo medico legale come in quello neurologico fanno del libro un'opera completa sotto ogni aspetto.

La materia è suddivisa in capitoli dedicati ciascuno a un tipo di lesione, a un complesso sintomatico, a una complicanza, a un esito. Così vengono trattate dapprima le sindromi nervose che sogliono accompagnare i traumi cranio encefalici: la commozione e la contusione cerebrale, le emorragie endocraniche, le embolie traumatiche; poi le singole lesioni traumatiche: le fratture, le ferite del cranio e del cervello... Una parte importante dell'opera è infine dedicata agli esiti e alle sequele delle

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

lesioni traumatiche: interessantissimi i capitoli sui corpi estranei nel cervello, sull'epilessia traumatica, sui traumi e demenza ecc. Per ogni singolo argomento sono esaminati tutti i problemi medico-legali attinenti; ampiamente studiate le dottrine etiopatogenetiche così da prospettare chiaramente i criteri relativi ai quesiti sul nesso causale; sviscerati a fondo i dati clinici necessari per il giudizio prognostico, per la valutazione del danno ecc. Vasta l'esemplificazione casistica desunta dalla letteratura e dall'esperienza personale.

Il libro, che è preceduto da una lusinghiera presentazione del prof. Cazzaniga, per profondità di dottrina, per lo spirito critico che lo pervade, per la chiarezza dell'esposizione, rappresenta insomma un prezioso strumento di lavoro per la pratica medico-legale. E. V.

O. BELLUCCI. *Salute. Tesoro della vita.* (Consigli di un medico ad un giovane lavoratore). Un vol. in-8°, di 191 pagg. *Ibidem.* L. 4.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, sotto l'impulso della lungimirante attività del Capo del Servizio Sanitario, prof. I. Romanelli, svolge ora in Italia una fattiva campagna di grande significato sociale, diretta a valorizzare soprattutto la medicina preventiva e l'igiene. Fra i compiti assegnatisi è quello di dotare l'Italia di buoni manuali di volgarizzazione dell'igiene personale, e venne perciò bandito un concorso per due manuali, l'uno diretto alle classi più colte, l'altro a quelle operaie. Ne risultarono vincitori gli autori di due libri, che sono — ci sembra — risultati assai più ampî di quanto era stato richiesto dalle condizioni del concorso.

Uno di essi, del prof. Della Seta, è stato già ampiamente recensito in questo periodico.

Di particolare difficoltà si presentava la redazione di un analogo manuale per le classi operaie; chi ha un po' di pratica di conferenze di propaganda conosce lo scoglio di adattare le nostre espressioni alla mente di individui che, pure essendo intelligenti ed avidi di sapere, hanno un diverso livello di coltura. Ed il prof. Bellucci ha girato bene tale difficoltà, stendendo il suo lavoro in forma di lettere, con i periodi brevi, bene staccati, con uno stile semplice e persuasivo e preponendo ai singoli capitoli i concetti più salienti, in forma quasi di aforismi.

L'argomento trattato è svolto con piena conoscenza di causa. *fil.*

Bulletin trimestriel de l'Organisation d'Hygiène. Dic. 1934, e numero speciale di gennaio 1935. Section d'Hygiène de la Soc. des Nations, Genève. Prezzo di ogni numero Fr. sviz. 2,50.

L'interessante pubblicazione contiene, nel numero di dicembre, un vasto studio di K. Stouman sulla mortalità infantile, considerata dal punto di vista demografico-statistico; una rivista analitica sui risultati della vaccinazione antirabica, dovuta a A. G. McKendrich; una nota sulla determinazione delle varietà di *Anopheles maculipennis*, desunta da uno studio di Hackett e Missiroli pubblicato sulla *Rivista di malariologia* ed infine uno studio sull'igiene del latte nel dipartimento della Meurthe-et-Moselle, dovuto a J. Parisot. P. Melnotte e L. Fernier.

Il numero del gennaio è dedicato alla standardizzazione biologica e contiene il rapporto della Commissione permanente nella sessione di Kopenhagen (riguardante i sieri antivibrione, antiedematoso, antipneumococcico ed antistafilococcico) e quello della Conferenza di Londra sulla standardizzazione degli ormoni sessuali. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 15 febbraio 1935.

Di alcune modificazioni di struttura del tendine quadricipitale nell'età avanzata, capaci di predisporlo alla rottura.

Dott. G. AUSTONI. — L'O. espone i risultati di alcune ricerche sulla costituzione isto-anatomica del tendine quadricipitale, specialmente a livello della sua inserzione rotulea, negli individui adulti ed in età avanzata.

L'O. ha potuto constatare come con il progredire dell'età si verifichi uno spiccato addensamento dei fasci fibrosi tendinei e la scomparsa pressochè completa delle fibre elastiche, oltre ad una notevole riduzione della rete vascolare interna e ad un discreto ispessimento della zona di tessuto osteo-fibroso mediante la quale i fasci tendinei si continuano con l'osso rotuleo.

Le singole fibre tendinee perdono quasi completamente quell'andamento flessuoso, proprio dei tendinei in genere, che si è dimostrato esistere anche in vivo ed è stato posto a base dell'estensibilità del tendine stesso.

Gli elementi vescicolosi di tipo condroide che anche in età più giovane sono presenti in prossimità dell'inserzione rotulea, sono pure notevolmente aumentati di numero, specie nelle parti più superficiali del tendine.

L'O. ha rilevato inoltre come accanto a queste modificazioni strutturali, che per la loro costanza sono da ritenersi espressione di processi involutivi senili del tendine, ne esistano con notevole frequenza altre che probabilmente riconoscono la loro causa in condizioni locali e forse generali.

Tali modificazioni consistono in un processo di sostituzione del tessuto tendineo per parte di tessuto fibro-condroide (I stadio), il quale evolve ulteriormente in tessuto osseo di neoformazione o di origine metaplastica (II stadio); processo che l'O. denomina di *tenosi ossificante* anzichè di tenite, data l'assenza di fatti flogistici.

L'O. ritiene che queste modificazioni strutturali del tendine per la loro stessa natura siano tali da menomare notevolmente la sua resistenza di fronte a sollecitazioni meccaniche anche di lieve momento (contrazione muscolare).

Il fatto che tali modificazioni strutturali del tendine si verificano di regola in entrambi gli arti, che sono quasi esclusivamente limitate alla zona d'inserzione rotulea del tendine e che si accentuano con il progredire dell'età, spiega secondo l'O. alcune particolarità del quadro clinico della rottura del tendine quadricipitale e precisamente: 1) la non rara bilateralità della lesione; 2) la sua localizzazione preferita rasente o poco sopra la rotula; 3) il fatto che la lesione colpisce quasi esclusivamente individui di età avanzata.

D.ri B. BASSANI e V. ZAMBOTTI. — *Su di una causa d'errore nella determinazione del magnesio in alcuni micrometodi.*

Prof. E. TRABUCCHI. — *Su di alcuni metodi di recente proposti per la determinazione dei corpi imidazolici.*

Composizione chimica ed azione farmacologica delle soluzioni di eroina del commercio.

Dott. G. RIZZOTTI. — L'O. studia la composizione di una serie di soluzioni di eroina del commercio, in fiale per uso ipodermico, e constata che esse sono costituite da miscele di eroina, alfamonoacetilmorfina, morfina, nelle quali questi tre alcaloidi entrano nelle proporzioni più varie. Corrispondentemente alle variazioni di composizione chimica si hanno variazioni di tossicità nel coniglio, come da uno a undici. Poichè risulta, che l'eroina inalterata è un farmaco notevolmente tossico, l'O. avanza l'ipotesi che la scarsa tossicità e l'utile azione delle soluzioni di eroina del commercio, siano dovute al fatto che esse sono costituite in genere prevalentemente da alfamonoacetilmorfina.

Il Segretario: Dott. GIOVANNI AUSTONI.

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Adunanza del 1° febbraio 1935.

Presidente: Prof. M. PINCHERLE.

Le resistenze globulari osmolitiche nella polmonite.

G. AZZOLINI. — Dalle ricerche dell'O., condotte col metodo di Viola, sopra 18 casi di polmonite, ripetute per lo più quotidianamente durante l'evoluzione morbosa, risulta dimostrata l'evenienza di uno spostamento totale delle tre resistenze verso sinistra, vale a dire un aumento reale di esse: il reperto si ottenne in 17 casi sopra i 18 studiati.

In via collaterale fu studiato il ricambio emoglobinico, dal quale apparvero indizi di iperemolisi.

Discussione: E. AZZI.

Esito di alcune laringostomie.

P. CALICETI. — Riferisce i risultati dell'intervento sopra 17 casi di stenosi cicatriziale laringotracheale di cui 11 post-intubazione e tracheotomia e 6 post-tracheotomia: in 14 casi esito in guarigione, dei quali 12 trattati con faringostomia e dilatazione attraverso lo stoma tracheale; altri 3 malati sono attualmente in cura.

Discussione: M. PINCHERLE.

Contributo allo studio del rene policistico.

G. DELL'ACQUA. — L'O. in base a quattro osservazioni personali, considera diversi problemi clinici riguardanti il rene policistico e riferisce i risultati di estese ricerche da lui fatte sulla composizione del liquido contenuto nelle cavità cistiche renali in confronto ai dati corrispondenti del siero di sangue e del liquor cerebro-spinale.

Discussione: M. PINCHERLE, F. SCHIASSI.

Su di una nuova forma di degenerazione epiteliale senile della cornea.

L. LUGLI. — L'O. descrive una particolare forma di distrofia corneale senile, riportando cinque casi clinici minutamente illustrati, il relativo reperto biomicroscopico e discutendo la genesi della lesione.

Discussione: MARIOTTI.

Il Segretario: P. BENEDETTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'asma cardiaco.

G. Budelmann (*Münch. med. Wochens.*, 1935, n. 2) rileva che nella patogenesi dell'asma cardiaco ha grande importanza l'insufficienza cardiaca, ma questa, da sola, non può produrre degli stati gravi. In determinate condizioni, nei malati dell'apparecchio cardio-vascolare, si ha un improvviso aumento dell'afflusso del sangue venoso al cuore e, quindi, un eccesso di sangue nei polmoni, condizione che si ha sempre quando il cuore sinistro non può provvedere all'improvviso carico. In molti casi, il fattore più importante è la stasi polmonare preparossistica, in altri, si ha dapprima l'aumento dell'impulso circolatorio dovuto all'eccitamente primario del centro respiratorio o vaso-motore.

La stasi polmonare viene soprattutto influenzata dal salasso, mentre si deve risollevare l'attività cardiaca mediante la strofantina; spesso sono anche utili le influenze psichiche ed i narcotici. Per impedire il carico notturno del circolo da parte del ricambio idrico, si useranno misure profilattiche, quali la dieta ipo- od aclorurata, la limitazione delle bevande, od anche la dieta secca. La maggior parte dei casi di asma cardiaco viene notevolmente migliorata mediante un energico trattamento digitalico. *fil.*

Nell'angina pectoris.

D. Scherf e P. Schnabel (*Klin. Wochens.*, 1934, n. 39) raccomandano la somministrazione di piccole dosi di atropina per via orale, nella considerazione che il vago restringe i vasi coronari e che l'atropina, come paralizzante del vago, tenderà a dilatarli. D'altra parte, si deve tener presente che l'atropina, specialmente nei giovani, aumenta la frequenza del polso (anche del 100 %) e che questa, se eccessiva, può riuscire dannosa al miocardio. Nei casi, in cui dopo alte dosi di atropina si avesse aumento della frequenza del polso e modificazioni abnormi dell'elettrocardiogramma, si somministeranno 3-5 gocce di soluzione di nitroglicerina all'1 %, con la quale si ottiene una migliore capilarizzazione del miocardio. Ad ogni modo, la somministrazione di atropina è da sconsigliarsi recisamente nella sclerosi delle coronarie da arteriosclerosi o da lues. *fil.*

Azione ipotensiva dell'autoemoterapia.

I dati recentemente acquisiti sulla utilità dell'autoemoterapia nel trattamento degli ictus da emorragia cerebrale hanno indotto V. M. Buscaino e V. Longo (*Rass. Intern. di Clin. e Ter.*, 15 febbr. 1935) a studiare quali variazioni l'autoemoterapia provochi nella pressione del sangue, se esse siano durature e se siano dimostrabili anche all'infuori dell'ictus.

Gli AA. hanno eseguito iniezioni endomuscolari di autosangue (10-15 cc. e nella massima parte dei casi 20 cc.) appena prelevato dalla vena del gomito, ordinariamente quotidiane e di regola per dieci giorni di seguito. Essi hanno osservato che nei normotesi le iniezioni provocano reazioni varie, a preferenza però a tipo di abbassamento; in un caso durato 85 giorni circa. Negli ipertesi i risultati sono ancora più decisi. Su 24 soggetti, 22 reagirono con un netto abbassamento della pressione del sangue, mentre negli altri due si ottennero abbassamenti poco aumentati o poco regolari o del tutto transitori.

Negli ipertesi si osserva del pari come l'abbassamento della pressione del sangue può durare anche dopo cessata la cura con le iniezioni di autosangue e senza il sussidio di altri tipi di terapia. In due casi potuti seguire dagli AA. più a lungo, l'effetto favorevole rimaneva tale fino a tre mesi e 22 giorni in uno e un mese e 6 giorni nell'altro dalla fine della cura.

Rimane ancora da precisare quanto tempo durerà ancora questo risultato utile e se ci siano tipi di ipertensione resistenti a tale trattamento, che si presenta sopratutto efficace come rapidità di azione. C. TOSCANO.

Il rosso Congo nell'emofilia.

C. P. Waldorp e A. G. Alvarez (*Semana medica*, 3 gennaio 1935) hanno tentato inutilmente i consueti preparati e metodi, ivi compresa anche la trasfusione. Hanno invece ottenuto buoni risultati con iniezioni endovenose od endomuscolari di soluzione di rosso Congo all' 1 %, alla dose di un cmc. per 8-10 kg. di peso corporeo. Tale rimedio non sembra agire sulle oscillazioni del tempo di coagulazione, ma essenzialmente sugli incidenti emofilici, specialmente sulle emartrosi. La soluzione si fa in acqua distillata (per l'iniezione endovenosa) ed in siero glocusato fenicato isotonico (per l'endomuscolare; per questa si inietta una quantità maggiore). In due fratelli emofilici, gli AA. ottennero buoni risultati, tanto che da un anno non si sono più verificati accidenti.

Le oscillazioni del tempo di coagulazione, nell'emofilia, sono del tutto indipendenti da variazioni nei vari fattori chimici, fisico-chimici o biologici; vi concorrono, forse, delle cause multiple. Nessun rapporto poi esiste fra le dette variazioni e gli accidenti emofilici, dovuti forse ad alterazioni vascolari e, pertanto diversi da quelli della porpora emorragica. *fil.*

Sulla cura della emofilia con A. T. 10.

Gissel (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 180, pag. 647, 1934) osserva che in due casi di emorragia in-

frenabile in emofilici si è ottenuta la cessazione dell'emorragia con la somministrazione del A. T. 10. Il meccanismo di azione non è chiaro anche perchè la calcemia non è alterata. Si danno complessivamente 40-50 cc. in dosi di 5-10 cc. al giorno seguendo la calcemia per evitare una dose tossica. Il tempo di emorragia è diminuito già al II° giorno.

Anche Rieder ha osservato due casi con lo stesso risultato.

(Il preparato A. T. 10 (antitetanico) è stato usato con successo nella cura della tetania paratireopriva con risultati superiori al paratormone. - *N. d. R.*). VALDONI.

La crisoterapia dei reumatismi cronici.

Indicazioni. Essenzialmente le forme di origine infettiva, spesso non agevoli a riconoscersi ed è questo che spiega gli insuccessi ottenuti da taluno con l'auroterapia. Anzitutto, quindi, nel reumatismo cronico progressivo, in cui la crisoterapia può essere tentata anche nei casi già antichi, talora suscettibili di miglioramento; purtroppo, in questi casi si ha talora intolleranza. Vengono in seguito le forme tubercolari e quelle sifilitiche (associandovi la terapia specifica) e le blenorragiche, che danno i risultati più interessanti. Nei reumatismi di origine focale, si dovrà pensare al focolaio primitivo (talora difficilmente sterilizzabile) e colpire forte.

Controindicazioni. L'oro è inutile nelle varie forme di osteo-artrite ipertrofica degenerativa: lipoartrite secca del ginocchio, lombartrite, coxartrite, nonchè nelle artriti di origine meccanica e nella malattia reumatica. Esso è poi particolarmente dannoso negli individui tarati del fegato, dei reni, del sangue; specialmente dal punto di vista ematico, diffidare dei malati che hanno subìto recentemente un trattamento con il bromuro di torio X e, prima di iniziare la cura verificare l'integrità delle emazie e dei leucociti.

Per la *scelta dei prodotti*, R.-J. Weissenbach e F. Françon (*Journal méd. franç.*, gennaio 1935) consigliano specialmente il tiopropanol solfonato di sodio (o di calcio) e di oro, in forma idro-solubile od in sospensione oleosa. Il canfoditiocarbonato di oro e di sodio avrebbe l'inconveniente di provocare delle nodosità dolorose locali e delle reritrodermie tardive.

La *via di somministrazione* è l'endomuscolare. Si iniettano 5-10 (anche fino a 20 per il prodotto col calcio) cg. per dose, distanziando le dosi di 5 giorni e facendo una serie di g. 1,50-2 complessivamente, da ripetersi dopo 6 settimane circa. Eventualmente, si possono leggermente aumentare le dosi, sorvegliando però sempre il malato.

Prima del trattamento, si faranno ricerche sull'urina (albumina, cilindri) sul sangue (azotemia esame ematologico completo, segno del laccio e tempo di coagulazione); gli AA. consigliano anche la reazione alla resorcina di Vernés.

I risultati dipendono dalla perseveranza del trattamento, dall'assenza di incidenti e complicazioni, nonchè dalla natura del prodotto. *fil.*

Sull'immunizzazione antidifterica.

A. Underswood (*The Lancet*, 19 genn. 1935) ricorda come non sia possibile ottenere di solito una durevole immunità con una sola dose di tossina iniettata a scopo antigenico, perchè essa viene riassorbita e poi eliminata così rapidamente che non ha tempo di provocare, nell'organismo, stabili modificazioni di ordine immunologico.

È con questo concetto che si è tentata l'iniezione di tossoidi precipitati con allume in un certo numero di soggetti Schick-positivi.

Entro quattro settimane dall'iniezione di 1 cc. di codesto antigene, una media dell'83,6 % divenne Schick-negativa.

La reazione locale all'iniezione fu di solito limitata all'eritema e all'induramento; ma in due casi ebbe caratteri generali e di gravità, dimostrando la necessità di procedere colla massima prudenza in questo campo.

V. SERRA.

Del siero antidifterico purificato con l'elettro-osmosi.

D. Ronget nella sua tesi (*Moderne Imprimerie*, Paris, 1934) in base ad osservazioni condotte per tre anni, si dichiara favorevole all'impiego di questo siero; esso ha la proprietà di rimanere perfettamente stabile per anni, sia per quello che riguarda la costituzione fisica che il potere curativo. L'efficacia terapeutica è uguale a quella degli altri sieri antidifterici comunemente usati; l'iniezione e il riassorbimento sono facili e la sua somministrazione, fatta anche ad alte dosi, non ha dato incidenti da siero che in misura insignificante.

Inoltre la sua ricchezza in U. A. permette di iniettarne grandi dosi usando un piccolo volume di liquido. M. RASTELLI.

SEMEIOTICA.

Utilità dell'arteriografia in alcune affezioni vasali degli arti.

P. Frieh e A. Lévy (*Lyon Chirurg.*, n. 6, 1934) portano il risultato della loro esperienza sull'argomento.

Gli AA. cominciano col dire di avere abbandonato il collothor in seguito ad un serio incidente che necessitò l'amputazione dell'arto.

Sono invece rimasti fedeli alla tecnica di Dos Sandos usando come mezzo di contrasto il thorotrast ed il dispositivo di Caldos con cui potevano ottenere dei radiogrammi in serie e le differenti modalità della circolazione del liquido opaco nel suo percorso arterioso e venoso. Senza questo dispositivo si hanno dei radiogrammi isolati, privi d'interesse, fissando essi solo una fase passeggiera della corrente

circolatoria. Una compressione sul tronco venoso principale, alla radice dell'arto, ha reso più chiara la flebografia in casi speciali. Hanno così studiato 16 ammalati affetti da arteriti di vario genere degli arti infetti praticando in genere l'iniezione nell'a. femorale a cielo scoperto e solo in 3 casi l'aortografia. Con gli accorgimenti di tecnica su ricordati hanno potuto gli AA. sapere: la sede esatta e l'estensione del segmento obliterato; lo stato dell'arteria nella zona vicina al tronco trombosato; l'esistenza e lo sviluppo della circolazione collaterale. Dati questi tanto importanti per la decisione terapeutica e per il tipo d'intervento. Riportano tra l'altro 1 caso di cancrena del piede e parte bassa della gamba che, secondo le idee classiche, necessitava l'amputazione di coscia, mentre l'arteriografia mostrò buona circolazione collaterale proprio al limite della gangrena, ed infatti l'amputazione alla gamba fu seguita da guarigione per prima.

R. GRASSO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerche sperimentali sulla chirurgia delle paratiroidi.

Riferendosi ai vantati miglioramenti ottenuti da vari AA. in affezioni attribuite ad alterazioni funzionali delle paratiroidi, mediante interventi sul collo di vario genere che non interessavano direttamente le paratiroidi, C. Rossi (*Arch. It. Chir.*, 1934, n. 3) ha voluto studiare sperimentalmente l'azione di questi interventi sulla funzione delle paratiroidi.

Teste della funzione paratiroidea: la calcemia e la fosforemia. Ha praticato inoltre esami istologici.

In un primo gruppo di esperienze ha prodotto, previa scopertura della tiroide e delle paratiroidi, maltrattamenti strumentali e digitali su di esse nonchè sugli organi vascolari e nervosi vicini.

In un secondo gruppo ha praticato una incisione del collo interessante la cute, il sottocutaneo, l'aponevrosi, e isolati i muscoli sino a scoprire la trachea senza però scoprire o traumatizzare direttamente l'apparato tiroparatiroideo.

In un terzo gruppo ha semplicemente inciso e quindi suturato la cute e il sottocutaneo.

Da questo primo complesso di esperienze trae la conclusione che un semplice intervento esplorativo eseguito senza compromettere la circolazione o l'innervazione delle paratiroidi non ha alcun effetto nella calcemia e la fosforemia e non altera la struttura delle ghiandole.

In una seconda serie di esperienze pratica:

1) la simpatectomia chimica dell'a. tiroidea superiore;

2) asportazione del ganglio cervicale superiore;

3) schiacciamento e sezione monolaterale del tronco vago simpatico

Questa seconda serie di esperienze gli dimostra che la simpatectomia chimica dell'a. tiroidea superiore, determina un cospicuo ma temporaneo abbassamento della calcemia e della fosforemia. Istologicamente si rileva lieve ectasia dei capillari e modica ipertrofia del connettivo delle paratiroidi. Lo schiacciamento del tronco vagosimpatico non provoca notevoli modificazioni nè funzionali nè istologiche. L'asportazione monolaterale del ganglio simpatico cervicale superiore provoca un abbassamento temporaneo della calcemia e della fosforemia e istologicamente ectasia dei capillari sia nella tiroide che nella paratiroide.

B. PAGGI.

Ricerche sui rapporti fra simpatico, calcemia e paratiroidi.

Tabanelli (*Archivio italiano di Chirurgia*, ottobre 1934, vol. XXXVIII, f. 2) riferisce i risultati ottenuti da ricerche cliniche e sperimentali sul rapporto esistente fra simpatico, calcemia e paratiroidi.

Per quanto riguarda le ricerche sperimentali egli giunge alla conclusione che la semplice simpatectomia periarteriosa e la enervazione mono- o bilaterale del seno carotideo non apporta alcuna variazione nella calcemia, mentre che la resezione di tratti di arteria e quella specialmente del n. grande splancnico S. provoca un abbassamento modico e temporaneo nella calcemia.

Per quanto riguarda le ricerche cliniche, eseguite in condizioni che si avvicinano il più che fosse possibile alle precedenti, l'A. ha ottenuto risultati diversi da quelli sperimentali. Lesioni del simpatico sia del collo che dell'addome e degli arti non produssero che oscillazioni della calcemia contenute nei limiti normali.

Infine anche in quelle malattie (ipertensione, sclerodermia, diabete) in cui, secondo Bastai e Dogliotti, dovrebbe esistere un'iperattività paratiroidea con conseguente ipercalcemia, l'A. non ha potuto rilevare un notevole aumento della calcemia. G. GENTILE.

VARIA

Hitler si fa curare da uno specialista giapponese, per dormire di meno e lavorare di più.

L'« Agenzia Rengo » pubblica: « Uno specialista giapponese in cauterizzazione con la *moxa*, pianta cinese della specie delle artemisie che ha notevole effetto sul sistema nervoso, curerà il Cancelliere tedesco Hitler, dietro sua propria richiesta, così da permettergli di dormire di meno e di lavorare di più.

Lo specialista è il dottor Gyokushn Takujama, che praticò la cauterizzazione in numerosi casi da quindici anni a questa parte. Egli partirà tra breve da Lipsia per partecipare al Congresso medico del 14 luglio come delegato del Giappone. Dopo di che praticherà la cauterizzazione ad Hitler. (*Radio Stefani*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Regolamento per l'esecuzione delle norme dirette a diminuire le cause della malaria.

Con circolare ai Prefetti, in data del 4 marzo 1935, il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità pubblica) ha ampiamente illustrato la portata del Regolamento 28 gennaio 1935 n. 93 per l'esecuzione delle disposizioni dirette a diminuire le cause della malaria contenute nel nuovo Testo Unico delle Leggi Sanitarie (art.li 313 a 329). Ne riassumiamo i punti essenziali.

Riguardo all'accertamento delle zone di endemia malarica, essendo ormai ben note le zone malariche, si tratta di accertare in esse le modificazioni ed il miglioramento dell'endemia, tenendo conto, non solo delle manifestazioni a carattere epidemico, ma sopratutto della persistenza o meno delle condizioni di malaricità e rilevando e registrando topograficamente, oltre gli impaludamenti, le singole e piccole cause di malaria entro ed in prossimità degli abitati, che spesso possono eliminarsi anche con spese non rilevanti.

Indicate le funzioni consultive, di collaborazione, di propulsione e coordinazione del Comitato provinciale antimalarico, se ne illustra il compito di predisporre il programma dei servizi assistenziali e profilattici, previa la precisa valutazione delle necessità sanitarie dei singoli territori e l'apprestamento di sufficienti disponibilità di mezzi, in modo da assicurare un regolare funzionamento dei servizi. Per questi deve farsi principale fondamento sugli organi locali tenuti ad attuare le provvidenze antimalariche, mentre l'intervento diretto della provincia o di altri Enti ha solamente carattere integrativo, quando sia richiesto da particolari circostanze. Ove siano necessarie provvidenze a favore di operai, coloni ed impiegati, addetti a lavori in comprensori di bonifica, e quando ricorra l'applicazione di speciali interventi, ai sensi degli art.li 317 e 319 del T. U. Leggi Sanitarie, deve compilarsi un programma distinto da quello riguardante i Comuni, in quanto le spese sono a carico degli assuntori e dei concessionari dei lavori ed il relativo programma, oltre che dal Ministero dell'Interno, deve essere approvato da quelli dell'Agricoltura e Foreste e dei Lavori Pubblici.

Sono specificate le persone che fruiscono delle provvidenze antimalariche: operai, coloni, talune categorie di impiegati, nonchè le loro famiglie, chiarendo esattamente il significato da attribuirsi a queste diverse denominazioni.

Le provvidenze antimalariche sono distinte in generiche (somministrazione di chinino e di medicinali sussidiari, assistenza sanitaria, protezione meccanica e profilassi antianofelica, nei casi prescritti) e speciali, per il personale esposto a maggior rischio di contrarre la malaria, il quale fruisce anche del ricovero negli ospedali e di più larghe provvidenze assistenziali e profilattiche. Particolari istruzioni si dànno per la somministrazione del chinino e degli altri medicinali, per gli accertamenti diagnostici, per il funzionamento degli ambulatori antimalarici comunali e dell'assistenza ai lavoratori soggetti a movimenti migratori, anche quando lasciano le zone malariche per ritornare in Comuni indenni da endemia; e infine per il controllo dei servizi sanitari nei comprensori di bonifiche. Parimente vengono illustrate le misure profilattiche (chinizzazione profilattica, difesa meccanica, interventi antianofelici), distinguendo quelle da eseguirsi in comprensori di bonifica, oppure in zone dichiarate malariche, anzi se ricadenti fuori dei comprensori, quando siano richieste per la difesa antimalarica degli aggregati di popolazione e quando importino lavori di rilievo, da non potersi eseguire dai privati o dal Comune. In questi casi i lavori e gli interventi sono, per legge, di competenza del Ministero dell'Agricoltura e delle Foreste, ma spetta ai Prefetti segnalarne la necessità alle autorità competenti.

Particolare attenzione meritano le misure per la lotta antilarvale e per la eliminazione o la correzione delle piccole cause di malaria, specie in prossimità o dentro l'abitato, le quali spesso sono di facile esecuzione e possono ottenersi colla rigorosa osservanza delle norme dei regolamenti locali d'igiene e di polizia urbana e rurale. È fatto cenno infine anche alla zooprofilassi ed alla disciplina igienica delle casse di prestito e delle irrigazioni.

Si raccomanda all'autorità sanitaria di portare la maggior cura nelle indagini sui casi di febbre malarica perniciosa e su quelli di morte, avendo la massima importanza, agli effetti della concessione della sovvenzione, prevista dalla legge nei casi ad esito letale, l'accertamento delle circostanze in cui è avvenuta la morte e delle cause che hanno potuto favorirla o determinarla. Infine sono precisate le norme relative alla competenza delle spese per l'esecuzione delle provvidenze antimalariche.

A. F.

Cronaca del movimento professionale.

Per le condotte mediche: concorsi e pensioni.

Una lettera dell'on. Buffarini all'on. Morelli informa che, prese in esame le numerose azioni svolte dai sanitari e dai loro rappresentanti, sono state attenuate le disposizioni relative ai limiti di età e alla liquidazione delle pensioni. L'importante lettera è pubblicata nelle « Forze Sanitarie », che vanno a tutti i medici italiani: perciò stimiamo superfluo di riportarla o di riassumerla.

La pletora medica e le casse mutue malattie.

Questi due problemi sono stati esaminati dall'on. Perna, in un ampio e circostanziato discorso tenuto alla Camera dei Deputati, discutendosi lo stato di previsione del Ministero delle Corporazioni, nella seduta del 27 marzo. La ristrettezza del tempo per la regolare pubblicazione di questo Fascicolo non ci consente di darne un largo riassunto ma ci riserviamo di riferirne nel prossimo numero.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASCOLI PICENO. *Congregazione di Carità.* — Il Presidente, con avviso del 25 marzo u. s., informa che i termini per la presentazione dei documenti per partecipare al concorso di Chirurgo primario presso il dipendente Ospedale « C. e G. Mazzoni », di cui il bando 28 febbraio p. p., sono prorogati al 30 aprile 1935.

COMISO. — (Vedere RAGUSA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare*).

FANO. *Ospedale di Santa Croce.* — Scad. 12 giugno; un posto di primario medico del reparto oftalmico; il sanitario è retribuito con le percentuali sulle tasse di operazione; un posto di medico radiologo; stip. L. 5000, serv. att. L. 480, c.-v., compartecipaz. Rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Al 30 aprile, ore 17, assistente med.-chir. per il Gabinetto di radiologia, elettrodiagnostica ed elettroterapia; titoli ed esami; età limite 30 a.; L. 6400, c.-v., indennità e proventi regolamentari. Tassa L. 50. Chiedere avviso. Doc. a 3 mesi dal 12 marzo.

GENOVA-NERVI. *Ospedale Civile.* — Scad. 31 maggio, ore 16; primario chirurgo; annue L. 1500 soggette alle riduzioni di legge; nomina quinquennale, conferme triennali; laurea da almeno 6 anni; 6 anni servizio in Ospedale; tassa L. 50. Rivolgersi Segreteria, via della Contadina 14, Genova-Nervi.

IMPERIA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Scad. 15 apr. ore 18; direttore del Consorzio e del Dispensario prov.; nomina per un quinquennio, rinnovabile; stip. L. 19.000 elevabile a L. 21.000; indenn. serv. att. L. 5200; trattenute e riduzioni; età limite 45 anni. Rivolgersi alla Segreteria.

LECCE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Posto di Direttore del Consorzio-Direttore del Dispensario Provinciale Antitubercolare. Stipendio annuo iniziale L. 17.000 con cinque aumenti quadriennali del decimo sino a raggiungere il massimo di L. 25.500, oltre il supplemento di servizio attivo di annue L. 5000. Tali assegni sono al lordo dell'imposta di R. M., delle riduzioni di cui ai RR. DD. 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 aprile 1934 n. 561, e del contributo alla Cassa di previdenza per i Sanitari. Età non maggiore di anni 40, salvo eccezioni di legge. Scadenza ore 14 del giorno 31 maggio prossimo. Obbligo della residenza fissa nel Capoluogo. Chiarimenti presso la Segreteria del Consorzio.

LITTORIA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Direttore del Consorzio e del Dispensario prov., Ispettore del Dispensario e delle Sezioni Dispensariali; L. 18.000; indennità trasferte. Scad. ore 12 del 15 aprile. Età limite 40 a. Tassa L. 50. Chiedere copia del bando. Dal concorso sono escluse le donne.

MANTOVA. *Istituti Ospedalieri.* — Scad. 15 maggio; aiuto chirurgo; L. 6000 e c.-v.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10. Rivolgersi alla Segreteria del Consiglio d'Amministrazione.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Scad. 7 giugno, ore 16; medico primario; L. 7850 ridotte; tassa L. 50; età limite 40 anni; titoli ed esami. Documenti a 3 mesi dal 7 marzo. Chiedere annunzio alla Sopraintendenza, via Ospedale 5, Milano.

MODICA. — (Vedere RAGUSA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare*).

NERVI. — (Vedere GENOVA).

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Concorso per titoli ed esami ad assistente effettivo di chirurgia e ad assistente presso i Reparti speciali malati di petto; stipendi rispettiv. L. 5000 e L. 5500 lorde; medaglie L. 30; stanza se disponibile, con obbligo di pernottarvi; scad. ore 17 del 26 aprile. Età limite 33 anni al 20 marzo. Chiedere avviso.

PALERMO. *Associazione contro la tubercolosi.* — Concorso per titoli ed esami a medico capo-reparto del Sanatorio « V. Cervello »; nomina e conferme quadriennali; L. 12.000 lorde e quadrienni decimo; vitto durante le ore di servizio. Scad. ore 12 del 10 maggio; età limite 40 anni al 18 marzo. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria dell'Ufficio amministrativo (via Divisi 93).

PALERMO. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Direttore della Sezione dispensariale di Corleone; obbligo di residenza. Per ulteriori informazioni rivolgersi al Consorzio.

RAGUSA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 60 giorni dall'8 marzo, direttore del Consorzio e del Dispensario Prov.; nomina e conferma quinquennali; restano ferme le altre condizioni già stabilite con altro bando.

RAGUSA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 16 maggio, ore 19; direttori delle Sezioni dispensariali di Comiso, Modica e Vittoria; aiuto medico del Dispensario Provinc. Antituberc. di Ragusa; per tutti, stipendio L. 5000 (è deliberato l'aumento a L. 7500) e 4 quadrienni dec.; la nomina ha la durata di un quinquennio e può essere riconfermata.

RAGUSA. *Ospedale B. Mussolini.* — È aperto concorso titoli due posti infermiere retribuiti L. 3000 ciascuno al lordo, massimo età anni 35 salvo eccezione di legge e due posti infermiera retribuzione L. 2400 lorde ciascuna, massimo età anni 30, salvo stesse eccezioni. Termine presentazione titoli 19 maggio 1935. Ragusa, 20 marzo 1935-XIII, Presidente: Azzaro.

S. GIMIGNANO. *Spedali Riuniti.* — A tutto il 30 aprile, concorso per titoli e per esame a medico assistente; età limite 35 anni al 28 marzo; documenti a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50,10; stip. L. 5400 e proventi totali del Gabinetto e dei certificati per infortuni; nomina triennale salvo riconferma; chiedere copia del bando.

VENEZIA. *Ospedale al Mare.* — Medico direttore e medico assistente; rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto.

VERONA. *Amministr. Provinc.* — A tutto 30 giugno, coadiutore presso la Sez. med.-micrograf. del

Laboratorio Prov. d'Igiene e Profilassi; età limite 32 a.; docum. a 3 mesi dall'1 mar.; L. 13.000 e 3 quadrienni di L. 600, L. 800 e L. 900; serv. att. L. 4000; 15 % provento analisi; serv. entro 15 gg.

VITTORIA. — (Vedere RAGUSA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare*).

CONCORSI A PREMI.

Premio Bocconi.

Per onorare la memoria del compianto sen. Ettore Bocconi, la consorte Donna Javotte Bocconi Manca dei Marchesi di Villahermosa mette a disposizione della Reale Accademia dei Lincei la somma di L. 129.000 in buoni postali fruttiferi per un premio da assegnarsi a chi, con studi e ricerche originali, abbia contribuito in modo veramente importante allo studio dei tumori maligni (etiologia, diagnostica, terapia).

Tenuto conto di tali intenzioni, l'Accademia dei Lincei, apprezzando altamente l'atto benefico ed importante per le ricerche scientifiche, indice il concorso stesso in base alle norme qui appresso specificate.

Il concorso, a cui potranno prendere parte cittadini di tutte le Nazioni, si chiuderà il 31 dicembre 1936.

L'aggiudicazione del premio sarà fatta da una Commissione di tre membri, due italiani ed uno straniero, nominati dalla Classe di Scienze Fisiche dell'Accademia dei Lincei, nella sua seduta ordinaria del gennaio 1937.

Qualora lo ritenga opportuno, la Commissione può chiedere alla Presidenza dell'Accademia di aggregarsi per il giudizio uno o altri membri.

Fondazione Ricca-Salerno.

È aperto il concorso a un premio di perfezionamento all'estero a norma dello Statuto della Fondazione fratelli prof. Giuseppe e dott. Benedetto Ricca-Salerno, approvato con R. D. 26 aprile 1928, n. 1114.

Il premio sarà conferito al giovane medico cittadino italiano laureato in Italia da non oltre un triennio, il quale presenterà il miglior lavoro sulle malattie infettive con preferenza alle infezioni di spettanza medica.

Il premio, dell'importo di L. 12.000, detratte le ritenute di legge, sarà versato al vincitore, in tre uguali rate anticipate, al 1° novembre 1935, al 1° febbraio 1936 e al 1° maggio 1936.

La sede di studi sarà designata dalla Commissione giudicatrice del concorso.

I lavori, stampati o manoscritti, dovranno pervenire al Rettore della R. Università di Messina non oltre le ore 18 del 31 maggio del corrente anno con la domanda in carta legale corredata dai seguenti documenti: certificato di nascita; certificato di cittadinanza italiana; certificato di laurea; certificato di buona condotta morale e politica; certificato penale; certificato di iscrizione al P. N. F.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Federigo Bocchetti, che per 15 anni ha diretto il Sanatorio militare di Anzio, ha assunto la direzione del Sanatorio di Porta Furba in Roma, gestito ora dall'Istituto nazionale fascista per la previdenza sociale e che sarà intitolato a Bernardino Ramazzini. La consegna è stata fatta con vibranti parole dall'on. prof. Morelli, cui ha risposto il Bocchetti, che ha ringraziato ed esposto il suo programma di lavoro.

Al posto di anatomo-patologo e direttore del Laboratorio di ricerche cliniche dell'Ospedale di Udine, la Commissione giudicatrice ha proposto il prof. Aiello, aiuto nell'Istituto di anatomia patologica della R. Università di Palermo, risultato primo.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha eletto membri associati il prof. Johansson (Stoccolma) e lord Moynihan (Leida), in sostituzione di Ramon y Cajal (Madrid) e di Cesare Roux (Losanna); ha eletto membro della Sezione di chimica il prof. André Meyer, in sostituzione del dott. Camus.

Sono nominati professori straordinari, in esito a concorsi, i proff.: Donato Cattaneo, di clinica oculistica, a Parma (già a Perugia); Antonio Costa, di anatomia ed istologia patologica, a Perugia; Gaetano Flaver, di clinica dermosifilopatica, a Catania; Filippo Guccione, di anatomia ed istologia patologica, a Sassari; Rodolfo Margaria, di fisiologia sperimentale, a Ferrara; Mario Monacelli, di clinica dermosifilopatica, a Messina; Riccardo Reitano, di anatomia patologica, a Cagliari.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Giulio Giunti, in anatomia e istologia patologica; Nicola Favia, Stefano Vanni, in batteriologia e immunologia; Giovanni Moruzzi, in chimica biologica; Giulio Buogo, in chimica bromatologica; Luigi Di Natale, Mario Mauro, Giuseppe Perotti, in clinica chirurgica e medicina operatoria; Luigi Molinari, in clinica delle malattie infettive; Generoso Colucci, Paolo Emilio Maspes, Giuseppe Pintus, Mario Piolti, Alberto Rostan, Curzio Ugurgieri, in clinica delle malattie mentali e nervose; Piero Benedetti, Andrea Manai, in clinica medica; Carlo Bozzolo, Enrico Crispolti, Tito Cuizza, Euclide Forlini, Mario Nizza, Diego Porcaro, Sergio Zocchi, in clinica ostetrica e ginecologica; Augusto Gentili, Manlio Monticelli, Carlo Rosso, in clinica pediatrica; Mariano Messini, in idrologia medica; Gennaro Arpino, in istologia generale; Alberto Veligogna, Enrico Vigliani, in medicina del lavoro; Vito Catania, Attilio De Luca, Francesco Zepponi, in odontoiatria e protesi dentaria; Rosario Grasso, Francesco Zagarese, in patologia chirurgica; Romanino Severi, Luigi Spadafina, in patologia generale; Giacomo Dalla Torre, in patologia speciale medica; Angelo Scarpa, in patologia e clinica dermosifilopatica; Giuseppe Giunta, Giuseppe Penso, in patologia e igiene coloniale; Giovanni Balestra, Stefano Bistolfi, Goffredo Giraudi, Remo Porta, Giulio Vita, in radiologia medica; Giovanni Palmieri, Giuseppe Maurizio Reviglio, Alessandro Valebona, in terapia fisica; Giuseppe Borsalino, in tisiologia.

ORDINE DEI SS. MAURIZIO E LAZZARO.

Ufficiale: on. prof. Giuseppe Muscatello, Catania.

Cavaliere: prof. Ruggero Balli, Modena.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatore: prof. Giovanni Corradi, Parma.

Cavaliere: prof. Bruno Trambusti, Parma.

Il prof. A. Garretón Silva è nominato presidente della Società Medica del Cile.

Il prof. Wilhelm Knippinger, di medicina interna a Marburgo, è chiamato quale ordinario a Münster i. W.

NOTIZIE DIVERSE.

Riduzione dei limiti d'età per i professori universitari.

Il Consiglio dei Ministri, nella seduta del 30 marzo, ha approvato uno schema di decreto-legge riguardante i limiti di età per il collocamento a riposo di personale direttivo, insegnante ed ispettivo del Ministero dell'Educazione Nazionale.

Per accelerare il ritmo di ringiovanimento della scuola, e per adeguare la condizione del personale insegnante a quella che si è venuta costituendo per tutti gli impiegati civili, viene ridotto di cinque anni il limite di età dei professori universitari che sono collocati a riposo a 75 anni, e dei presidi, direttori e professori degli altri ordini di scuole che sono collocati a riposo a 70 anni.

L'abbassamento dei limiti di età per tali categorie di educatori sarà applicato integralmente fin da questo anno, con notevoli benefici in favore di coloro che dovranno lasciare il servizio con anticipo sul previsto, quest'anno e l'anno venturo.

Parallelamente a questo beneficio di carattere transitorio, ne viene concesso uno di carattere permanente che consiste nel valutare per intero, ai fini della pensione e fino ad un massimo di dieci anni, il servizio di supplente ed incaricato prestato, dopo il 25° anno d'età, col possesso del prescritto titolo di studio.

Questa concessione trova la sua ragione nel fatto che la carriera degli insegnanti, a differenza di ciò che avviene per gli impiegati civili in genere, si inizia spesso a parecchi anni di distanza dal conseguimento del titolo di studio necessario. In tal modo si evita che, abbassando i limiti di età, si renda praticamente impossibile agli insegnanti, almeno nella maggior parte dei casi, di raggiungere il massimo di anzianità di servizio (40 anni) necessario per conseguire il massimo della pensione.

2° Congresso internazionale di neurologia.

Come abbiamo annunziato, si terrà dal 29 luglio al 2 agosto in Londra. All'organizzazione ha partecipato una Delegazione italiana, composta dei proff. Buscaino, Donaggio, Fragnito, Lugaro, Rossi e del compianto prof. De Sanctis. Il Comitato ordinatore è presieduto dal Dr. Gordon Holmes (Wimpole Street 9, London W. 1.); tra i vicepresidenti è, per l'Italia, il prof. Ottorino Rossi (R. Clinica neuropatologica, via Palestro 3, Pavia); segretario generale è il Dr. Kinnier Wilson (Harley Street, London W. 1.); tesoriere il Dr. Antony Feiling (Montagu Square 52, London W. 1.). I lavori si svolgeranno nei locali dell'Università (Gower Street, W. C. 1.).

Temi in discussione: « Le epilessie; eziologia, patogenesi e cura di esse »; « Fisiologia e patologia del liquido encefalo-midollare »; « Funzioni dei lobi frontali »; « L'ipotalamo e la rappresentazione centrale del sistema autonomo ».

Lingue ufficiali sono stabilite: la francese, l'inglese, l'italiana, la spagnola e la tedesca. Il testo delle relazioni e comunicazioni italiane sarà seguito da un breve riassunto in francese, inglese o tedesco, per farne comprendere meglio il contenuto (disposizione concordata con le Autorità politiche competenti).

La quota d'iscrizione è fissata in 25 franchi svizzeri per i membri attivi, 12,50 per quelli associati.

Sono in programma ricevimenti, trattenimenti e gite. Sono stabilite facilitazioni di viaggio e di soggiorno.

Per la terza Conferenza Internazionale di Assistenza Sociale.

Il 18 febbraio a Roma, nella sala di Villa Aldobrandini, in via Panisperna, è stata tenuta una seduta preliminare per la III Conferenza Internazionale di Assistenza Sociale preannunziata a Londra nel 1936 e che tratterà il tema « Il servizio sociale e la collettività », tema vastissimo nel quale potranno essere illustrate tutte le opere del Regime: dall'E.O.A. agli Istituti di previdenza dalla ONMJ al Dopolavoro, a cui sarà dedicato uno studio speciale. Il Comitato promotore, presieduto dalla signora A. Masarykova, che si compone dei consiglieri dott. Sand, dott. Pelligkeit, Sir P. Aiden, H. Knight, e del segretario sig. Farquahrson, si è riunito a Roma per detta seduta preliminare.

Prima Giornata Nipiologica Peruviana.

Ha avuto luogo in Lima con grande successo la Prima Giornata Nipiologica Peruviana, promossa dalla Lega Peruviana di Igiene e Profilassi Sociale come omaggio al 4° centenario della fondazione della capitale del Perù.

Nella solenne seduta inaugurale, alla quale intervennero il rappresentante del Presidente della Repubblica, i ministri d'Italia e di Germania ed altre alte autorità, pronunziarono applauditi discorsi il presidente della Lega e della Giornata, prof. Bambarén, che esaltò la nipiologia, il rappresentante della Società Italiana di Nipiologia, dott. Mazzini, che lesse il saluto del prof. Cacace, ed il presidente della Sezione dei Congressi del Municipio di Lima.

Furono svolte, in quattro sedute, trentadue relazioni e comunicazioni su temi relativi al bambino lattante, studiato da tutti i punti di vista: alcune di pediatri uruguayani ed argentini, sicchè il Congresso in realtà fu internazionale.

Fu approvato un voto di plauso al creatore della Nipiologia, prof. Cacace, membro onorario del Congresso.

Corsi di perfezionamento e di aggiornamento.

Al 10° Corso di cultura medica che si svolgerà all'Ospedale Mellini di Chiari durante il mese di maggio, sarà tenuta una serie di conferenze « Su le sindromi addominali acute ». Saranno trattati i temi: Diagnosi della gravidanza extrauterina: prof. G. Acconci di Pavia; La peritonite pneumococcica: prof. Frontali di Padova; L'invaginazione intestinale nel lattante: prof. D. Pacchioni di Genova; Il contributo dell'indagine radiologica alla diagnosi delle malattie addominali acute: prof. Mucchi di Milano; Il significato anatomo-patologico e prognostico della diagnosi di peritonite acuta: prof. Puccinelli di Roma; Difficoltà diagnostiche in casi di appendicite acuta e di peritonite da appendicite: prof. S. Solieri di Forlì;

Pancreatiti emorragiche: prof. L. Bobbio di Torino; Contusioni addominali: prof. Pizzagalli di Milano.

La Scuola Medica Ospedaliera di Roma ha organizzato i consueti corsi per medici condotti; coprono tutti i campi della medicina. Chiedere il programma alla segreteria, Policlinico Umberto I, Roma 127.

Dal 20 al 25 maggio, nell'Ospedale Bellan (rue du Texel 7, Paris XIVe), sotto la direzione del dott. J. Tarneaud, si terranno 10 lezioni sulla fisiologia e la patologia della fonazione, con presentazione di malati e proiezioni cinematografiche; tassa d'iscrizione 200 franchi. Rivolgersi al Dr. Jean Tarneaud, avenue de la Grande Armée 27, Paris XVIe.

Alla Clinica del lavoro di Milano.

La Clinica del Lavoro ha celebrato il 24 marzo il proprio venticinquesimo anno di vita con una riunione straordinaria indetta sotto gli auspicî della Società italiana di medicina del lavoro.

Dopo un saluto rivolto al sen. Devoto dall'ing. Belloni, vice-presidente degli Istituti clinici di perfezionamento, anche a nome del presidente gr. uff. Granelli, ha preso la parola il prof. Luigi Ferrannini, il quale ha illustrato la vita della Clinica del Lavoro. Il sen. Devoto, egli ha detto, ha voluto celebrare l'anniversario con una rassegna del lavoro compiuto dalla Clinica; ma l'istituzione è intimamente legata all'uomo che l'ha ideata e l'ha diretta. Poichè se la Clinica sorse nel 1910, il suo programma era già chiaramente delineato nella mente del prof. Devoto da anni.

Il prof. Ferrannini ha quindi tracciato in sintesi il lavoro compiuto in questi venticinque anni.

Dopo la lettura di una lettera di saluto e di plauso inviata dal sig. Butler, direttore dell'Ufficio internazionale del lavoro, a mezzo del prof. Luigi Carozzi, capo dell'Ufficio di igiene del lavoro a Ginevra, il prof. Nicolò Castellino ha esaltato le doti di studioso del sen. Devoto.

Successivamente il prof. Carozzi ha parlato della vita e dell'opera di Giovanni Loriga, che fu il primo ispettore ministeriale medico del lavoro; e del Loriga l'oratore illustrò brevemente le benemerenze di medico e di igienista, che ha saputo realizzare leggi moderne per i lavori moderni e che ha saputo avviare a soluzione problemi igienici e sociali di grandissima importanza.

Il prof. Loriga, al quale è stata offerta in dono una medaglia commemorativa, ha ringraziato, ricordando i suoi maestri e coloro che furono intorno al 1900 i pionieri della medicina del lavoro, tra i quali rifulge la figura di Luigi Devoto.

Infine ha preso la parola il sen. Devoto il quale ha innanzitutto letto una breve relazione sulla memoria di Alfredo Ferrannini « La pneumosclerosi da zolfo », premiata dal R. Istituto lombardo di scienze e lettere.

Il prof. Devoto ha rivolto un ringraziamento a tutti i suoi collaboratori presenti ed assenti ed ha rievocato i primi lavori che portarono al sorgere della clinica. Dalle prime battaglie combattute per realizzare l'assicurazione obbligatoria sulle malattie professionali, che soltanto in Regime fascista ha avuto una definitiva regolamentazione, fino alle numerose iniziative sorte in questi ultimi tempi sul ceppo fondamentale della clinica, questa è sempre stata operosa.

L'ospedale sanatoriale di Salerno.

Va sorgendo sulla « Mennola » per opera dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale; sarà costituito da un'ampia mole architettonica novecentesca, luminosa e imponente.

La « Mennola » trovasi a circa quattro chilometri dal centro della città. Il Sanatorio comprende un unico grande fabbricato con pianta a doppio T. Il fabbricato occupa una superficie di circa tremila metri quadrati ed un volume di circa cinquanta mila metri cubi, e potrà contenere trecento letti di cui 40 per bambini. La maestosa costruzione ha come motivo dominante, la fuga delle verande su cui si aprono gli ampi finestroni delle corsie. Due rigogliosi parchi, rispettivamente per uomini e donne, renderanno più ridenti e sani i luoghi che circondano il fabbricato.

Poliambulanza del lavoro a Bologna.

È prossima l'inaugurazione a Bologna di un Istituto di assistenza sanitaria informato alle direttive del Regime: la Poliambulanza del Lavoro con sede in via Dogali. La denominazione del nuovo Ente è chiara interpretazione del suo compito, vale a dire che esso è un centro di sezioni di specialità mediche dirette da medici specialisti a favore dei lavoratori di ogni categoria. L'assistenza sanitaria generica dei lavoratori ha la sua legittima rappresentanza nelle Mutue assistenziali che già funzionano in piena efficienza. A queste s'affianca in linea integrativa la Poliambulanza del Lavoro con le sue sezioni di specialità, alla quale i prestatori d'opera possono vantaggiosamente ricorrere ogni qualvolta sia indicato l'intervento di uno specialista. Questa integrazione è non soltanto opportuna e consona al concetto di competenza, ma nel maggior numero dei casi indispensabile nell'interesse personale del malato e nell'interesse del rendimento del lavoro.

Per la lotta antimalarica in provincia di Napoli.

Nei locali dell'Amministrazione Provinciale di Napoli ha avuto luogo una riunione del Comitato Provinciale Antimalarico per stabilire il programma da svolgere per il corrente anno.

Dalla relazione del prof. Pais si rilevò che alla lotta contro la malaria sarà dato il maggiore impulso, provvedendosi subito, a cura dei Consorzi, all'impianto di cinque centri sanitari che verranno situati nelle seguenti località: Lago di Patria, Villaggio Agricolo di Castel Volturno, Cancello Arnone, Minturno Antica e Cellole di Sessa. Per la lotta da svolgersi dai soli Consorzi di bonifica è preveduta per ora la spesa di circa L. 300.000, salvo ulteriore sviluppo dell'attività del Comitato, in rapporto alle necessità, che si andranno manifestando.

I medici sportivi alla Mostra dello sport.

Allo Stadio del P. N. F. di Roma si è tenuta la prima seduta della presidenza della Federazione italiana medici sportivi dell'anno XIII. La F.I.M.S. ha tra l'altro deliberato di partecipare alla Mostra dello sport a Milano con un laboratorio completo di valutazione fisica e di medicina sportiva, diviso

in tre sezioni: radiologico-antropologico-biometrico.

Nell'ottobre prossimo venturo, durante la Mostra Internazionale del Libro, sarà tenuto a Bologna il secondo Congresso nazionale di medicina sportiva, che sarà anche una preparazione a quello internazionale che avrà luogo a Berlino durante le Olimpiadi del 1936.

Azioni giudiziarie.

Una questione, che riguarda la classe medica, è stata risolta dal Supremo Collegio. Il Sindacato Edile Infortuni di Milano, per ragioni di principio, sottoponeva alla Cassazione il quesito dell'applicabilità dell'art. 115 del regolamento infortuni, secondo il quale l'onorario dei medici per le perizie giudiziali in materia infortunistica deve essere contenuto fra le 50 e le 300 lire. Il Sindacato impugnava una sentenza della Corte d'Appello di Milano, che aveva riconosciuto giusta una liquidazione d'onorario di gran lunga superiore a detti limiti. Resistevano i periti sostenendo l'avvenuta abrogazione tacita del citato articolo 115, stante le successive norme riordinatrici della materia (Regio decreto 3 marzo 1923 sulla determinazione delle competenze dovute ai testi e ai periti), e la incompatibilità del vieto principio dell'art. 115 — fissante un massimo quale compenso al perito — con la nuova legge che, in materia comune, fissa il compenso del perito proporzionalmente al valore e all'entità delle sue prestazioni, evitando così che l'opera del professionista possa venire coartata da preoccupazioni di ordine economico.

Su conformi conclusioni del P. M., il ricorso del Sindacato Edile è stato respinto.

Un po' dovunque.

Il congresso annuale dei medici elettroradiologi di lingua francese è indetto a Bruxelles dal 30 luglio al 3 agosto. Temi: « Alterazioni svelabili radiologicamente e disturbi endocrini »; « Teleroentgenterapia »; « Dati recenti sull'elettrodiagnosi ».

La Società di Cultura Medica Novarese si è adunata il 7 marzo, sotto la presidenza del prof. G. Dellepiane, assistito dal segretario dott. V. Gallina. Sono state fatte comunicazioni da: P. Pietra, V. Ferrero, C. Toninelli, G. Dellepiane, R. Margaritella, L. Greppi, R. Rinaldi.

La Società Medico-Chirurgica Trevigiana si è adunata l'8 marzo, sotto la presidenza del prof. A. Bozzoli, assistito dal segretario dott. M. Bertolozzi. Sono state fatte comunicazioni da: F. De Gironcoli, N. Lovisatti, G. Sacerdote, C. Cella.

La Società Medico-Chirurgica Veronese si è adunata il 4 marzo, sotto la presidenza del dott. F. Delaini, assistito dal segretario prof. G. Zanni. Sono state fatte comunicazioni da: M. Artom, N. Nicolis, L. Perbellini, G. Rizzotti, S. Fiocco.

La Società Medico-Chirurgica Bergamasca si è adunata il 20 marzo, sotto la presidenza del prof. D'Alessandro. Sono state fatte comunicazioni da: Guizzetti, Chwabow, Pedone.

La « Société Protectrice de l'Enfance », che conta 70 anni d'esistenza, ha tenuto l'assemblea generale annuale sotto la presidenza onoraria dell'on. Duval-Arnould ed effettiva del prof. A. Siredey. Il bilancio si aggira intorno a 200.000 franchi annui.

Presieduta dal sen. Maragliano, il 24 marzo ebbe luogo a Napoli, nel Policlinico, un'adunata per la lotta contro la tubercolosi. Parlò il dott. V. Lo Bianco, il quale illustrò i risultati pratici che può dare la vaccinazione antitubercolare a mezzo del vaccino italiano.

Il gen. med. prof. Filippo Caccia ha tenuto, nell'Aula Magna del Collegio Militare di Roma, una conferenza sul tema: « Il servizio sanitario nella guerra futura ».

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di disegno di legge riguardante la sistemazione edilizia degli Ospedali e degli Istituti clinici di Torino; verrà erogata all'uopo la somma di 15 milioni di lire.

Tra poco s'inaugurerà a Torino la Mostra nazionale delle invenzioni; apparecchi e organismi tecnici e scientifici vi saranno in azione. Si annunzia tra l'altro un'esperienza del prof. sen. Pende: l'ascoltazione per mezzo di altoparlanti e la visione sullo schermo, del comportamento del cuore di un aviatore mentre questi eseguirà delle acrobazie.

Nell'Ospedale Civile di Mendoza (Argentina) sono stati inaugurati cinque nuovi padiglioni: isolamento, osservazione, ambulatori, bambini, chirurgia.

Una donazione di 100.000 lire è stata fatta all'Ospedale Maggiore di Milano dal comm. Davide Campari, in memoria della moglie e per volontà espressa in atto di morte dalla defunta.

Il presidente dell'Opera nazionale maternità e infanzia, gr. uff. avv. Sileno Fabbri, ha visitato a Livorno le varie sedi assistenziali dell'Opera da lui presieduta: la Casa della madre e del fanciullo, gli Istituti « Vittorio Emanuele » e « Regina Elena », il Brefotrofio, l'Ospedale infantile, la Casa dei bambini e, a Villa Letizia, l'Istituto dei figli degli Italiani all'estero. Ha tenuto il rapporto dei Comitati di Patronato di tutta la provincia.

Il 24 marzo, con un imponente corteo e con l'intervento di molte autorità, si è svolta a Milano la benedizione del nuovo Gonfalone, offerto dalla città all'Ospedale Maggiore, e s'è iniziata con questa cerimonia la « Festa del perdono ». È stata anche inaugurata una lapide nel vestibolo dell'Archivio in memoria dei benefattori non ricordati con i ritratti ed è stata inoltre inaugurata nell'Archivio la « Mostra del Perdono ».

Il presidente dell'Associazione dei medici della Svizzera, dott. Montandon, informa che la proporzione dei medici in Svizzera cresce rapidamente, mentre i malati si rivolgono sempre meno ai medici, o profittano degli ospedali e degli ambulatori; alcuni medici si trovano già in vera miseria. Una circolare è stata inviata, al riguardo, a tutti i candidati medici della Svizzera. In condizioni simili a quelle dei medici, si trovano le levatrici.

Si è pubblicata una traduzione in arabo de « Il problema del cancro » di W. S. Bainbridge; essa fa seguito alle traduzioni in francese, spagnolo, italiano, polacco. La traduzione in arabo è stata curata dai dottori Shakir K. Nassar e J. A. Kitti; questi vi ha aggiunto un capitolo sulla storia della medicina araba. Il volume è édito (1935) da: The American Press, Beyrouth, Siria.

L'« Associazione brasiliana dei farmaceutici », presieduta da Abel de Oliveira, ha nominato una commissione allo scopo di studiare ed emettere pareri sui punti controversi, sugli errori e sulle lacune della Farmacopea brasiliana.

Il 10 marzo il ministro francese della guerra, gen. Maurin, ha conferito la croce della Legion d'Onore alla bandiera della Scuola del Servizio di Sanità Militare di Lione; egli ha reso un magnifico omaggio al corpo di sanità militare, sempre pronto al sacrificio, ed ha rievocato le 124 vittime della Scuola — tra allievi ed ex-allievi — durante l'ultima guerra.

Lo stesso giorno il ministro francese della marina, Piétri, ha conferito la croce della Legion d'Onore alla bandiera della Scuola del Servizio di Sanità della Marina a Bordeaux, la quale durante l'ultima guerra ha perduto 150 allievi ed ex-allievi, in terra e in mare.

In occasione del 90° compleanno di Augusto Forel, l'Accademia tedesca dei naturalisti, di Halle, aveva fondato un premio biennale, da conferire a studiosi nei campi già illustrati dal reputato medico svizzero: eugenica, alcoolismo, neurologia, psicologia ecc. Il premio è stato assegnato ora, per la prima volta, al dott. Graf, di Dortmund, in riconoscimento delle sue ricerche sulle azioni psichiche dell'alcool, specialmente in rapporto al lavoro.

A Parigi il governatore militare degli Invalidi, generale Mariaux, ha decorato con le insegne di grande ufficiale della Legion d'Onore il radiologo prof. Vaillaut il quale, a causa di radiodermiti professionali, ha dovuto essere amputato delle due braccia.

Il dott. Maurice Ayguesparsse, di Podensac (Francia), nel praticare una radiografia al Dispensario municipale, è caduto fulminato dall'elettricità per un corto circuito, che ha dato fuoco al tavolo d'esame. Tutti i tentativi fatti per rianimarlo riuscirono vani. Era radiologo anche all'Ospedale di Langon e generalmente apprezzato per il valore e per il carattere.

I medici della Turchia, in segno di devozione a Mustafà Kemal, rieletto presidente della Repubblica Ottomana, gli hanno fatto dono di una vasca da bagno in oro. Il Grazi ha accettato l'omaggio ed ha fatto vendere la vasca, rimettendone l'importo al Ministero dell'Igiene.

Il Consiglio Municipale di Lione, su richiesta della filiale lionese della Società di Storia della Medicina, ha deliberato che il campanile dell'ospedale della « Charité » non venga demolito come il resto dell'Ospedale, ma che rimanga a perpetuare il ricordo dell'azione benefica svolta dall'ospedale per tre secoli. Si hanno dei dubbi sulla stabilità del campanile, sovratutto quando esso rimarrà isolato; perciò si prevedono dei lavori, che ne assicureranno la conservazione.

La Cassa mutua di quiescenza dei giornalisti medici francesi ha chiamato alla presidenza, per il 1935, il dott. J. Minet.

In una prossima riunione del Direttorio della Federazione Ciclistica Italiana, a Milano, verrà probabilmente discussa, secondo quanto risulta all'« Informatore Sportivo », la proposta di obbligare gli organizzatori di prove ciclistiche nazionali ed internazionali su strada a far seguire le prove stesse da un medico ufficiale appartenente alla Federazione Italiana Medici Sportivi.

Il Re d'Inghilterra ha graziato la madre settantenne che aveva ucciso il figlio idiota — dopo averlo assistito amorosamente per quaranta anni — perchè non volle abbandonarlo, dovendo ella subire una grave operazione chirurgica indilazionabile, ad esito incerto. Ella era passibile della pena di morte, commutata nel carcere; tutta la stampa inglese si era interessata a questo caso di eutanasia.

Si è svolto davanti alla X Sezione del Tribunale penale di Roma, un processo durato oltre due mesi, contro 74 individui imputati di mutilazioni fraudolente, in danno dell'Istituto nazionale per le assicurazioni contro gl'infortuni. Il Tribunale ha riconosciuta la colpevolezza di quasi tutti i prevenuti, eliminando per alcuni di essi l'imputazione di associazione a delinquere, e ha applicato condanne variabili da un massimo di sei anni a un minimo di due mesi. Per una parte degli imputati, applicati i recenti condoni, è stata disposta la scarcerazione.

Il Tribunale penale di Milano ha condannato tre uomini e sette donne a pene variabili da due a sette anni di reclusione, oltre le pene accessorie, per spaccio di cocaina.

Nel fasc. scorso, p. 636, titolo, leggere: al Senato.

È morto a Lerverhausen, in età di 74 anni, CARLO DUISBERG, inventore dell'aspirina, presidente del Consiglio d'amministrazione della « I. G. Farbeuindustrie », da lui organizzata e che costituisce il massimo trust industriale della Germania.

È morto a 80 anni il presidente del Consiglio dei Governatori della Lega della Società della Croce Rossa, JOHN BARTON PAYNE, la cui vita fu consacrata al dovere.

È morto a Funchal (Madera), in età di 95 anni, il medico inglese MICHAEL GRABHAM, che si era stabilito nell'isola incantatrice nel 1861 e vi rimase in permanenza, salvo brevissimi viaggi in Inghilterra. Aveva acquistato larghissime simpatie per la sua bontà. Si era dedicato a studi di scienze naturali riguardanti la flora e la fauna terrestri e l'ittiologia. Era un appassionato collezionista di oggetti d'arte ed un valente musicista: a 90 anni suonò ancora l'organo alla riapertura della cattedrale di San Paolo a Londra.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Arch. Ital. di Dermat. ecc., gen. — C. Pisacane. Malattia di Nicolas e Favre. — S. Costantino. Ricerche sperim. sulla vitiligine.

Giorn. di Batter. e Immunol., dic. — F. Gentile. Fenomeno di Sanarelli-Shwartzman. — I. Lerozoff. Anavaccini.

Journal A. M. A., 22 dic. — H. E. B. Pardee e al. Aborto terapeutico.

Wien. Klin. Woch., 11 gen. — Eppinger. Trombosi ed embolia. — Polland. Le mutazioni.

Rinasc. Med., 31 dic. — C. Giacobbe. La prova di Aldrich e Mac Clure nelle flebiti post-operatorie.

Med. Ibera, 5 gen. — E. Oliver e al. Metabolismo del calcio.

Riv. Oto-Neuro-Oftalm., nov.-dic. — E. Filippi-Gabardi. Sindromi oculari da alterazioni della carotide interna. — A. M. Fiaberti. Spasmo retinico, prodromo di ascesso maniacale. — E. Filippi-Gabardi. Correlazioni naso-oculari. — F. Agnello. Sindrome del nervo nasale.

Arch. It. di Anat. e Istol. Pat., sett.-ott. — C. Scaglioni. Sistema reticolo-istiocitario ed avitaminosi. — D. Donati e F. Cavazza. Produz. speriment. dell'ulcera gastrica e duodenale. — L. Lenzi. Monocitosi saturnina.

Arch. di Pat. e Cl. Med., dic. — M. Tripodi e E. Serianni. Tasso idremico in alcuni gruppi di malattie. — S. Caccuri. Sindromi neuro-ipofisarie.

Deut. Med. Woch., 11 gen. — Grole. I vari tipi di diabete.

Presse Méd., 9 gen. — J. Cathala e al. Diagnosi del reumatismo cerebrale.

Giorn. It. di Dermat. e Sifil., dic. — F. Franchi. Parametrite da virus della poroadenite inguinale. — C. Lionetti. La reaz. di Wassermann in confronto con altre. — G. Impiombato. Il radium in dermatologia.

Paris Méd., 12 gen. — V. Gillot e C. Sarrony. La malaria nel fanciullo.

Minerva Med., 6 gen. — F. Schupfer. Tumore del 4° ventricolo. — G. Coronedi. Solfoterapia.

Med. Klinik, 11 gen. — R. Schmidt. Cardialgie e aortalgie. — Inchiesta sul sistema endocrino nel diabete.

Journal A. M. A., 29 dic. — J. Friedenweld e M. Feldman. Duodeno irritabile o instabile. — A. E. Kanter. Nuova reaz. biologica della gravidanza.

Rif. Med., 5 gen. — M. Mazzeo e V. Mauro. Frequenza della tbc. nei panificatori.

Presse Méd., 12 gen. — J. Penson e J. Wohl. Ipoglicemia post-insulinica.

Guy's Hospital Reports, ott. — J. A. Rile. Neurosi viscerali. — T. W. Adams e E. P. Poulton. Produzione di calore nell'uomo. — W. H. Bowen. Etiologia dell'appendicite.

Presse Méd., 16 gen. — J. C. Roux e R. Goiffon. L'equilibrio microbico intestinale.

Münch. Med. Woch., 17 gen. — C. Hempel. Trattamento delle ferite.

Arch. It. di Chir., dic. — T. Biancheri. Decompressione dei tumori intracranici. — P. Cazzamalli. Variazioni umorali postoperatorie.

Marseille-Méd., 15 dic. — I. I. Lissounkin e A. D. Levacheva. Tumori maligni del cervelletto nei fanciulli.

Pediatria, 1 gen. — E. Barla Szabò. Terapia della poliomielite con le iniezioni di virus antirabbico.

Paris Méd., 19 gen. Numero di dermatologia.

Med. Welt, 19 gen. — W. Nell. Ileo duodenale. — K. Zieler. Il prurito.

Minerva Med., 13 gen. — F. Marcolongo. Ipocloruremia grave. — V. Ghiron. Il fattore circolatorio nello sviluppo dei tumori.

Nutrition, 3. — Numero sugli agenti fisici e la nutrizione.

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

ANNO XLII Roma, 15 Aprile 1935 - XIII Num. 15

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO « CARLO FORLANINI » - CLINICA DELLA TUBERCOLOSI E DELLE MALATTIE RESPIRATORIE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

Direttore: on. prof. E. MORELLI

La prova dell'istamina come metodo diagnostico nella tubercolosi polmonare a scarsa sintomatologia steto-acustica (1)

per il prof. G. LUZZATTO-FEGIZ, medico primario.

In questi ultimi anni, grazie al diffondersi della indagine radiologica, le forme mute della tubercolosi polmonare, non apprezzabili cioè all'esame steto-acustico, si sono rivelate molto più numerose e frequenti di quanto un tempo non si supponesse.

A questa categoria di lesioni, appartengono anzitutto tutti quei processi specifici di vario tipo i quali, per essere situati in profondità del parenchima polmonare e circondati da tutte le parti da tessuto normalmente aereato, non sono accessibili all'orecchio, mentre chiaramente si rivelano sulla pellicola; vengono poi gli infiltrati tipo Assmann-Redecker, di cui è ben nota la scarsezza di fenomeni ascoltatori, sicchè si può dire che il capitolo degli infiltrati tisiogeni è stato scritto quasi per intero dalla radiologia. Vanno annoverate inoltre in questa categoria le granulie croniche, spesso a vasta estensione, che costituiscono non di rado una vera sorpresa radiologica e con esse il gruppo così polimorfo delle tubercolosi fibrose di varia estensione ed origine, per arrivare infine alle così dette caverne mute di cui la radiologia ci offre quotidianamente delle documentazioni sempre più numerose e suggestive. Esistono dunque delle forme cliniche non più iniziali della tubercolosi polmonare, varie per tipo anatomico e per sede, le quali sfuggono totalmente o in gran parte ad un esame fisico anche molto accurato, per cui la diagnosi in simili casi, qualora la ricerca del bacillo di Koch nell'espettorato risulti negativa, è esclusivamente affidata alla radiologia.

(1) Comunicazione fatta al III Convegno regionale emiliano-romagnolo della Federazione Ital. Naz. Fascista per la lotta contro la tubercolosi. (Reggio Emilia, 13 gennaio 1935-XIII).

Con la presente nota desidero far conoscere un nuovo metodo semplice ed innocuo, col quale in una forte percentuale di casi è possibile di determinare, in corrispondenza di focolai tubercolari del polmone clinicamente muti, la comparsa di rumori patologici accompagnati o meno da modificazioni del respiro, fenomeni semeiologici che consentono una diagnosi topografica e qualitativa delle lesioni polmonari, abbastanza precisa.

In precedenti ricerche eseguite in collaborazione con L. Katzilambros sull'azione farmacodinamica di alcune sostanze sul polmone in collasso pneumotoracico, aveva notato come la iniezione sottocutanea di 1 mgr. di istamina, provocasse in alcuni infermi la comparsa di un tipico respiro interciso a livello dei focolai tubercolari rilevabili sulla pellicola radiografica, ma privi di una sintomatologia acustica evidente. Pensai quindi di applicare tale metodo in quegli infermi in cui i dati dell'indagine radiologica contrastano con i reperti della comune semejotica fisica, infermi nei quali la diagnosi generica di lesione tubercolare e più ancora quella qualitativa, sono subordinate alla possibilità di sottoporre il soggetto ad un'indagine radiografica la quale non è sempre ed immediatamente attuabile. I risultati hanno confermato le speranze che avevono riposto in questo metodo, la cui importanza pratica mi sembra considerevole.

Tecnica. — Prima della prova l'infermo viene sottoposto ad una accurata ascoltazione del torace, rilevando i caratteri del respiro nelle singole regioni e la eventuale presenza di rumori accessori. Si inietta quindi nel tessuto sottocutaneo del braccio un centimetro cubico di una soluzione di istamina all'1 ‰ facendo seguire l'iniezione da un energico massaggio della cute. Nelle nostre esperienze abbiamo impiegato esclusivamente le fiale di « Imido Roche », (soluzione al millesimo di Aminoetilimidazolo). Dopo l'iniezione, l'infermo rimane in decubito supino fino alla comparsa dei primi segni della reazione istaminica che sogliono manifestarsi dopo uno o due minuti. Indi si procede nuovamente all'ascoltazione del torace prima a respirazione tranquilla, poi a respiro forzato, notando la sede di eventuali modificazioni del murmure e la comparsa di fatti umidi. Una particolare attenzione va rivolta alle regioni anteriori del torace, dove con maggiore frequenza compaiono, in seguito all'iniezione di istamina, dei rantoli più o meno abbondanti rivelatori di focolai precedentemente silenti. È opportuno di non far tossire troppo gl'infermi durante la prova perchè contrariamente a quanto si osserva abitualmente, i colpi di tosse tendono a far scomparire anzichè aumentare i rantoli. L'esame del malato si ripete per tre o quattro volte alla distanza di due o tre minuti ed infine l'infermo viene lasciato in riposo per una ora circa, fino a totale scomparsa dei fenomeni di vaso-dilatazione periferica.

Caratteristiche della reazione istamica. Localmente al punto dell'iniezione, compare dopo circa un minuto un ponfo sollevato e pallido, circondato da un vasto alone eritematoso che in alcuni soggetti può estendersi a tutto il braccio. Poco dopo si manifesta una vasodilatazione periferica che interessa il volto, le congiuntive, il collo e le parti superiori del torace, raggiungendo dopo quattro o cinque minuti il suo massimo di intensità. L'infermo avverte un senso di calore al volto, una modica cefalea e senso di palpitazione alla regione cardiaca. In qualche caso gli ammalati accusano un vago senso di costrizione al torace con un po' di affanno ed hanno qualche colpo di tosse secca.

Modificazione del reperto ascoltatorio del torace. Dopo pochi minuti dell'iniezione, in genere prima che la congestione periferica abbia raggiunto il massimo dell'intensità, si avvertono, in un certo numero d'infermi, delle modificazioni del respiro limitate ad alcune regioni del torace, sopratutto sul versante anteriore, modificazioni che consistono in una maggiore asprezza del murmure e nella comparsa di un respiro interciso. Nei casi in cui prima della prova istaminica esisteva un accenno all'intercisione oppure si ascoltava il cosidetto respiro ondulante, le intermittenze del murmure respiratorio si fanno dopo l'iniezione più evidenti. Di particolare importanza è il reperto di rantoli che compaiono dopo l'iniezione di istamina in zone ove precedentemente non erano apprezzabili fatti umidi. Si tratta il più delle volte di rantoli subcrepitanti o di rantoli inspiratori a piccole e medie bolle, in numero piuttosto limitato; nei casi con ulcerazioni, i rantoli, di varia grandezza, acquistano un carattere nettamente consonante. Frequente inoltre la comparsa di rumori secchi del tipo dei rumori bronchiali (ronchi russanti e sibilanti). La comparsa di cigolii sonori si osserva esclusivamente sopra caverne precedentemente mute. Tutti questi fenomeni ascoltatori si attenuano rapidamente e sono in genere scomparsi dopo 15 o 20 minuti.

Riferisco per sommi capi alcune delle osservazioni più caratteristiche.

P. Otello. Tbc. ulcero fibrosa d. trattata con toracoplastica. Esiti di pleurite essudativa sin. con infiltrato intercleidoilare sinistro ulcerato. Reperto a sin. anteriormente nel II spazio i. c.: incostantemente qualche rantolo secco. L'iniezione di istamina determina in questa regione la comparsa di rantoli a medie bolle consonanti, discretamente numerosi, accompagnati da rumori cigolanti.

C. Fernando. Tbc. ulcero fibrosa del polmone d. e fibronodulare s. Pericardite essud. in cura di Pneumopericardio. Reperto a d. sul lobo sup.: subottusità con respiro bronco-vescicolare senza r. a. Dopo l'istamina si ascoltano su tutto il versante ant. dell'emitorace d. dei rantoli subcrepitanti commisti a qualche bolla sonora.

D. G. Gaetano. Tbc. post-pleuritica ulcero-fibrosa sin. con caverna muta. Subottusità nelle zone alte di s. con respiro fievole e aspro senza r. a. Dopo alcuni minuti dall'iniezione di istamina, compaiono nelle fosse sopra e sottoclavicolari di sin. rantoli a piccole e medie bolle consonanti e qualche cigolio cavitario. I fatti umidi scompaiono dopo alcuni minuti.

B. Torello. Tbc. produttiva bilaterale dei lobi sup. con escavazione sottoclav. sin., clinicamente muta. Ipofonesi nelle zone alte con respiro soffiante senza fatti umidi. Dopo circa un minuto dall'iniezione di i., compaiono nella regione sottoclavicolare sin. rantoli a piccole bolle piuttosto scarsi ed un respiro interciso.

R. Alfredo. Tbc. nodulare produttiva del lobo sup. del polmone sin. a tendenza regressiva. Nei due terzi sup. dell'emitorace sin. il respiro è fievole e aspro con qualche crepitio incostante lungo il margine anteriore del polmone. L'iniezione di i. provoca la comparsa di numerosi rantoli crepitanti e subcrepitanti nella regione sottoclav. e lungo la marginosternale sin.

A Cesare. Tbc. ulcerofibrosa sin. già trattata con pnx. tbc. ulcero caseosa del polmone d. Da questo lato rantoli gorgoglianti sonori sia ant. che post. A sin. nella sottospinosa respiro bronco-vescicolare con qualche rumore secco; nella sottoclavicolare incostantemente qualche cigolio. Dopo l'iniezione di i. il reperto acustico si accentua a d., mentre a sin. anteriormente compaiono numerosi rantoli a medie bolle in. ed esp. a timbro consonante; sulla lingula, rantoli a piccole bolle.

M. Luigi. Tbc. ulcero fibrosa del polmone sin. con grosa caverna sottoclaveare clinicamente muta. Respiro fievole e aspro sul lobo sup. sin. senza fatti umidi. Dopo due minuti dall'iniezione di i. si avvertono rantoli inspiratori a piccole bolle, localizzati nella regione sottoclav. sin. e lungo la paravertebrale.

Nei casi in cui esistevano dei fatti umidi prima della prova, ho notato in genere un aumento del numero di rantoli i quali acquistano un carattere di più evidente sonorità. Nelle forme con reperto ascoltatorio già abbondante, le modificazioni indotte da i. sono poco appariscenti; in genere però non è opportuno di sottoporre infermi con lesioni polmonari gravi ad una simile prova, la quale, oltre a non presentare alcun interesse pratico, può dare a questi ammalati qualche disturbo.

Le nostre osservazioni vertono per ora sopra una cinquantina di soggetti con lesioni polmonari di natura tubercolare di vario genere (infiltrati tisiogeni, caverne, granulie croniche, forme produttive dell'apice ecc..) aventi tutte la caratteristica di una estrema scarsezza di fenomeni ascoltatori in stridente contrasto con i dati dell'indagine radiologica. La frequenza con cui in detti infermi furono rilevate modificazioni del reperto acustico dopo iniezione di istamina, è stata la seguente:

1) comparsa di respiro interciso localizzato: 15.1 % di casi;
2) comparsa di rantoli: 27,3 %;
3) aumento di fatti umidi preesistenti e modificazione del timbro dei rantoli 27,3 %;
4) comparsa di rantoli e di respiro interciso. 9,2 %;
5) nessuna modificazione: 21,2 %.

Come si vede col metodo dell'iniezione di istamina si determina nell'80 % circa degli infermi che presentano processi polmonari clinicamente muti o quasi, una maggiore evidenza del reperto ascoltatorio con la comparsa di alterazioni del murmure e di rumori catarrali rivelatori di lesioni di cui in precedenza solo la radiografia tradiva la reale entità.

Incidenti e controindicazioni. Dato il probabile meccanismo di azione dell'istamina sui focolai tubercolari del polmone, di cui più avanti parleremo, è opportuno di escludere dalla prova tutti quegli infermi che presentino fenomeni spiccati di stenosi bronchiale (forme a tipo asmatico, bronchiti spastiche ecc.), come pure quelli in cui esista una notevole dispnea in rapporto alla particolare forma anatomica ed alla estensione delle lesioni polmonari. Per tutti gli altri non esistono controindicazioni. La vasodilatazione periferica, l'abbassamento della pressione arteriosa, la tachicardia, la lieve e transitoria cefalea, sono in genere ben tollerati dagli infermi; è bene comunque preavvisarli della comparsa di tali fenomeni dopo l'iniezione. In un solo malato, con pnx. d. multiloculare e sospetta lesione cavitaria controlaterale, in cui l'iniezione di un mgr. di istamina aveva determinato la comparsa di rantoli abbondanti a d. in corrispondenza delle zone di polmone aderenti, ed a s. rumori di stenosi bronchiale diffusi a tutto l'emitorace, insorse dopo 10 minuti dalla iniezione, un tremore generalizzato senza aumento di temperatura e senza alterazioni del polso, regredito dopo circa un'ora.

Interpretazione dei risultati e meccanismo di azione dell'istamina nella tubercolosi polmonare. Come agisce l'istamina nei malati di tubercolosi polmonare e quale è l'essenza dei fenomeni ascoltatori che si verificano a livello dei focolai morbosi dopo l'iniezione di detta sostanza? Occorre riassumere brevemente le principali nozioni riguardanti l'azione farmacodinamica e biologica dell'istamina nell'organismo dato che tale sostanza sembra giocare un ruolo di notevole importanza nella regolazione biochimica dei vari tessuti. L'istamina appartiene come è noto al gruppo delle cosidette amine biogene ed è chimicamente, un derivato dell'imidazolo e più precisamente un aminoetilimidazolo. Essa forma uno dei principi attivi della segale cornuta ed è dotata di notevole tossicità quando venga iniettata nelle vene poichè determina negli animali da esperimento fenomeni gravi e spesso mortali di choc. L'i. è presente in quasi tutti i visceri dell'organismo, ma ne è particolarmente ricco il tessuto polmonare. L'azione farmacologica di questa sostanza è molteplice e complessa. Oltre ad un transitorio abbassamento della pressione nel grande circolo e lieve ipertensione nel territorio dell'arteria polmonare, oltre alla intensa vasodilatazione periferica paragonabile a quella provocata dal nitrito di amile, l'istamina determina aumento della frequenza dei battiti cardiaci e della permeabilità dei capillari, aumento transitorio del numero dei globuli rossi, della secrezione salivare e sopratutto gastrica (donde il suo impiego per lo studio della funzionalità dello stomaco) ed infine contrazione delle fibre muscolari liscie dell'utero, e dei bronchi. L'azione broncospastica dell'i., già messa in evidenza dal Pal nel 1912, è stata successivamente confermata da numerosi AA. Secondo Dale e collaboratori, la contrazione dei medi e piccoli bronchi provocata dall'i., è così netta che con essa è possibile di riprodurre negli animali da esperimento il quadro dell'asma bronchiale. Dosi forti di i., determinano nei piccoli roditori, la morte per soffocazione broncospastica ed enfisema polmonare acuto (Rondoni, Schmidt, Stachelin). L'aumento della permeabilità dei capillari determina una alterazione dell'equilibrio osmotico dei tessuti ed è causa di trasudazione sierosa attraverso le pareti dei capillari stessi. Per questa sua azione edematigena l'i. sembra avere una parte importante nella genesi dell'edema polmonare acuto mentre la sua azione sulla pressione arteriosa, farebbe ritenere, secondo recenti studii, che ad essa siano da attribuirsi i fenomeni che caratterizzano lo choc e gli stati di collasso.

Nonnenbruch e Klein hanno proposto una prova della funzione respiratoria mediante la iniezione d'i. La somministrazione di tale sostanza, determinerebbe infatti una riduzione della capacità vitale la cui intensità è proporzionata alla gravità delle lesioni polmonari, e delle alterazioni negli scambi gassosi del polmone rilevabili fra l'altro con l'analisi del gas del sangue. Tali modificazioni sarebbero in rapporto con lo spasmo bronchiale, coll'iperemia dei capillari polmonari e con una trasudazione sierosa dei setti interalveolari determinate dalla iniezione dell'i.

Dobbiamo cercare ora di dare alle nostre osservazioni una interpretazione che spieghi la genesi e la essenza dei fenomeni osservati, basandoci su quanto è noto circa l'azione farmacologica e le caratteristiche biochimiche dell'istamina. Poichè non è dimostrato che essa determini un aumento della secrezione bronchiale tale da spiegare la comparsa dei rantoli a livello dei focolai morbosi, vanno prese in considerazione, fra le molteplici azioni che questa sostanza è in grado di esplicare, sopratutto quella edematigena e quella broncospastica, le quali potrebbero darci ragione dei fatti osservati. Invero l'ipotesi che l'i., pur nelle dosi minime impiegate nelle mie esperienze, provochi elettivamente in seno ai focolai tubercolari un aumento di permeabilità dei capillari favorito da preesistenti alterazioni tossiche delle loro pareti e successiva trasudazione sierosa nella mucosa bronchiolare, sembrerebbe abbastanza suggestiva. Non contrasta con una simile ipotesi il fatto della fugacità dei fenomeni ascoltatorii, perchè è noto che anche l'edema polmonare può regredire molto rapidamente. Parlano piuttosto contro una simile interpretazione il carattere acustico dei rantoli che si ascoltano dopo l'iniezione d'i.: non rantoli umidi a pioggia, di varia grandezza, ma rumori piuttosto secchi spesso consonanti e nettamente localizzati, accompagnati frequentemente da rumori cigolanti o russanti che denotano la presenza di mucosità vischiose e tenaci nel lume bronchiale.

L'imbibizione sierosa dell'epitelio bronchiale in corrispondenza dei focolai, per effetto di una azione elettiva dell'i., sui territori polmonari in cui il processo specifico ha determinato alterazioni tossiche dei capillari, potrebbe invece spiegare la comparsa dei rumori patologici come fenomeno che si aggiunge ad uno spasmo bronchiale indotto dall'istamina, spasmo il quale si rivela all'esame clinico so-

lamente nelle zone patologiche per il turgore della mucosa che rende più marcata la stenosi del lume bronchiale.

L'i., determinerebbe dunque nei bronchioli corrispondenti ai focolai patologici (ed in particolar modo nei bronchi di drenaggio delle escavazioni e delle cavernule dove secondo la opinione di Ameuille e Wolf avrebbero origine molti dei cosidetti rumori cavitarii) delle stenosi passeggere del loro lume che debbono la loro insorgenza allo spasmo della muscolatura bronchiale ed alla imbibizione sierosa della mucosa, fenomeni questi di cui è direttamente responsabile l'i. Si spiegano così facilmente sia la comparsa del respiro interciso (la cui genesi rimane, nella maggioranza dei casi e nonostante i pareri contrarii di alcuni AA., essezialmente quella prospettata 50 anni or sono da Forlanini) sia la comparsa di quei rumori sibilanti e cigolanti che presuppongono essi pure un certo grado di stenosi. Per quanto concerne i rantoli umidi, essi dipendono essenzialmente dal fatto che l'impicciolimento del lume bronchiale prodotto dall'i., favorisce l'accollamento del velo di essudato e di mucosità che ne tappezza le pareti e fa sì che al passaggio della corrente aerea, si abbia lo scoppio dei rantoli.

Se si escludono i casi con caverne in cui la attività del processo si deduce direttamente dalla esistenza di lesioni distruttive, vi sono delle forme prevalentemente produttive che rispondono positivamente alla iniezione di i. con la comparsa dei rantoli, nelle quali è da chiedersi se un tale reperto autorizzi a delle deduzioni circa il grado di attività delle lesioni polmonari. Il numero delle osservazioni non mi consente per ora di trarre delle sicure deduzioni in proposito; le ricerche andranno estese ad un numero maggiore di infermi studiando in modo particolare soggetti con processi polmonari sicuramente spenti. Sembrerebbe comunque che nelle forme clinicamente inattive, la percentuale dei casi con esito positivo alla prova istaminica (comparsa di rantoli) sia notevolmente più bassa che nelle forme le quali, dall'insieme del quadro clinico e dai risultati delle ricerche ematologiche ed immunologiche, si possono considerare in fase di attività.

In tutti i casi mi sembra che anche come metodo generico atto a rendere accessibili all'esame stetoacustico lesioni tubercolari del polmone clinicamente mute, la prova dell'istamina meriti di essere presa in considerazione ed applicata in pratica.

RIASSUNTO.

Allo scopo di rendere accessibili all'esame stetoacustico le lesioni tubercolari del polmone rilevabili radiologicamente, ma clinicamente mute, l'A. propone un nuovo metodo diagnostico consistente nella iniezione sottocutanea di 1 mgr. di istamina. Si determina così in una forte percentuale di infermi, la comparsa di alterazioni del murmure e di fatti umidi.

BIBLIOGRAFIA.

AMEUILLE e WOLF. Journ. Méd. Franç., 13, n. 1, 1924.

DALE. Citato da RONDONI.

FORLANINI C. Scritti, L. Cappelli, Bologna.

KATZILAMBROS L. Policlinico, Sez. Pratica, XLI, n. 24, 1934.

NONNENBRUCH e KLEIN. Zeitschrift f. Klin. Med., 125, fasc. 1-2.

PAL J. Arch. f. exp. Pharmakologie und Therapie, 1912.

RONDONI P. *Elementi di biochimica*, Utet, Torino, 1928.

SCHMIDT G. e STÄHELIN A. Zeitsch. f. Immunitätsforschung, 60, fasc. 3-4, 1929.

WOLF J. E. Beitr. z. Klin. der Tbk., v. 66, p. 688.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I.
II° Padiglione.
Primario: prof. S. MUZII

Occlusione intestinale da diverticolo di Meckel

per il dott. ENRICO GIUPPONI, chirurgo-aiuto.

Il giorno 31-10-1933 viene portato all'Ospedale Policlinico di Roma il giovanetto Manc. Mario residente ad Esperia con forti dolori addominali, vomito, alvo chiuso.

Dalle domande rivolte a lui ed ai parenti che lo accompagnano si riesce a ricostruire la storia seguente:

Ha 13 anni, i genitori sono viventi e sani, nulla vi è nel gentilizio e nell'anamnesi remota. Il 27 ottore in pieno benessere venne colpito da forti dolori che, dapprima localizzati all'epigastrio, si diffusero poi a tutto l'addome. Fin dal primo giorno comparve vomito che si fece sempre più insistente e l'alvo rimase chiuso nonostante i ripetuti e generosi purganti somministrati. Il malato non presentò mai febbre e per questo i genitori non si preoccuparono di farlo visitare da un medico.

Il 30 ottobre, però, persistendo ed aggravandosi tutti i disturbi anzidetti, si decisero finalmente a condurlo nella vicina città di Alatri dove il medico, fatta diagnosi di occlusione intestinale, consigliò l'intervento chirurgico. Arriva così in ospedale al 5° giorno di una sindrome occlusiva.

Esame obiettivo: Condizioni generali gravi, nutrizione scadente, facies ippocratica, cute secca, lingua impaniata secca. Polso ritmico, piccolo, 120, temp. 36°,5. Torace, allungato, scarno, senza nulla di anormale alla percussione e all'ascoltazione.

Cuore e grossi vasi, non presentano nulla di notevole.

Addome, globoso, meteorico, poco trattabile, con dolenzia diffusa ma più accentuata all'ipocondrio destro e alla parte destra della regione periombellicale dove si riesce a palpare una massa irregolare vivamente dolente. Colla percussione si apprezza una discreta quantità di liquido libero nel peritoneo.

Vomito; alvo chiuso da sei giorni.

Urine: P. sp. 1023, albumina e zucchero assenti.

Decido l'intervento immediato con diagnosi di occlusione, senza pronunciarmi sulla causa di questa.

L'operazione viene da me eseguita la sera del 31-10-1933 in anestesia generale, con taglio mediano metà sopra, metà sottombellicale. All'apertura del peritoneo fuoriesce scarsa quantità di liquido sieroso un po' torbido. Attraverso l'incisione si scorgono le anse del tenue molto dilatate; seguendole, si arriva alla sede dell'occlusione. Questa è prodotta dal diverticolo di Meckel e dal residuo del canale onfalo-mesenterico che come un cordone fibroso parte dall'apice del diverticolo e si attacca alla radice del mesenterio formando un occhiello nel quale si sono strozzate due anse dell'ileo.

Sezionata la briglia fibrosa, le anse si riempiono ed il circolo si ristabilisce Asportato il diverticolo di Meckel, se ne affonda l'impianto sull'ileo con due piani di sutura, avendo cura di non restringere il lume intestinale. Chiusura completa della parete.

Il diverticolo asportato è congesto, grosso come un dito pollice, con base d'impianto molto larga. È lungo 7 cm. e dal suo apice parte un cordone fibroso lungo circa 10 cm. Aperto il diverticolo si trova ripieno di feci senza traccia di ulcerazioni. Al malato viene subito praticata una ipodermoclisi con soluzione fisiologica. Dopo l'operazione il vomito cessa, si nota qualche elevazione termica fino a 37°,6 ma in 5ª giornata si ha apiressia. Il decorso post-operatorio è normale, i punti vengono tolti in 7ª giornata ed il malato esce guarito il 12 novembre, dodicesimo giorno dall'entrata in ospedale.

La considerazione che si presenta subito alla mente è che il malato fu operato con diagnosi di occlusione e che si pensò a molti meccanismi di occlusione senza per altro incriminare il diverticolo di Meckel. Il fatto è che troppo spesso i medici si dimenticano dell'esistenza di questo residuo embrionario che non è poi tanto raro, se, stando alle statistiche dei risultati autopsici si ritrova, secondo Testut, con una frequenza media del 2 % e concorre nella proporzione del 6 % come causa di occlusione (Fitz Reginald).

Il diverticolo descritto da Meckel sotto il nome di *diverticulum ilei* è un residuo del canale onfalo-mesenterico che nell'embrione unisce l'ileo al sacco vitellino. D'ordinario il sacco ed il canale scompaiono completamente, ma talora il canale rimane parzialmente pervio costituendo il diverticolo di Meckel.

Si distacca ordinariamente dal margine libero dell'ileo, ma qualche volta il suo impianto è più o meno vicino al mesenterio. Struthers riferisce due casi di diverticoli impiantati fra le due pagine del mesenterio. (Non sarebbe più opportuno chiamarli diverticoli intestinali?).

In media il punto d'impianto sull'ileo è da 80 cm. a 1 m. dalla valvola ileo-cecale, ma i limiti estremi possono andare da 35 cm. a 3 m. La sua lunghezza è in media di 5 a 7 cm., se ne sono trovati alcuni di 2 cm. altri di 25. In larghezza eguaglia quella dell'ansa su cui si impianta, può essere però più largo o anche notevolmente più stretto: ha forma conica, cilindrica, rettilinea o si presenta piegato ad U capovolto, con base larga o strettissima, comunicante ampiamente con l'intestino o munito di una plica valvolare. L'apice in genere è conico, ma può essere bernoccoluto, a forma di martello, di glande, Hirtl riporta un caso in cui l'apice era diviso in 5 lobi.

Dall'apice molte volte si stacca un'appendice fibrosa, più o meno lunga, residuo o del canale onfalo-mesenterico obliterato, o dei vasi onfalo-mesenterici anch'essi obliterati e trasformati in cordone fibroso.

Il diverticolo di Meckel, molte volte è libero nella cavità addominale, altre volte si fissa col suo apice o col cordone fibroso che lo continua all'ombellico, alla radice del mesenterio alla vescica, a qualche ansa dell'ileo, a una tromba o all'appendice.

La patologia del diverticolo di Meckel quanto mai ricca e complessa comprende:

1) le ernie diverticolari;
2) le fistole ombellico-diverticolari;
3) i tumori di origine diverticolare;
4) i corpi estranei;
5) le infiammazioni del diverticolo;
6) l'ulcera diverticolare;
7) l'occlusione.

L'occlusione da diverticolo di Meckel è una eventualità tutt'altro che rara se, come già abbiamo detto, si calcola che contribuisca col 6 % al numero globale delle occlusioni.

Sembrerà strano il fatto che il diverticolo, vera appendice dell'ileo, dia facilmente occlusione mentre l'appendice ileo-cecale raramente sia in causa.

A mio parere due sono le cause che producono la differenza. L'appendice è unita al ceco

che è un segmento dell'intestino o fisso o poco mobile, e possiede un meso-appendice che ne limita la mobilità ed evita che anse ileali le passino sotto. Il diverticolo di Meckel invece è libero nella sua circonferenza ed è solidale coll'ileo mobile in tutti i sensi. Si aggiunga che molte volte l'apice del diverticolo è continuato dal residuo fibroso del canale vitellino o dai vasi onfalo-mesenterici che lo fissano sia alla parete intestinale sia ad un organo e si comprenderà facilmente come possa esser causa di occlusione.

Nel 1902 Hilgenreimer poteva riunire 183 casi di occlusione da diverticolo di Meckel e descrivere 10 meccanismi di occlusione. A me sembra che tali meccanismi siano più di 10 e passo senza altro a descriverli.

Quando il diverticolo è continuato da un cordone fibroso fisso all'ombellico o alla parete anteriore dell'addome potrà produrre occlusione in tre modi:

1) *per piegatura di un'ansa sulla corda fibrosa;*

2) *per stiramento e quindi gomitatura dell'ansa;*

3) *per compressione delle anse passate sotto il cordone e compresse tra questo, la parete addominale e la vescica.*

Quando il cordone fibroso o l'apice del diverticolo sono fissi al mesenterio o a un altro organo addominale l'occlusione potrà prodursi:

4) *per strozzamento di anse passate sotto l'anello diverticolare;*

5) *per torsione dell'ansa attorno al punto fisso costituito dal diverticolo.*

Se l'apice del diverticolo è libero, l'occlusione potrà prodursi:

6) *per torsione del solo diverticolo;*

7) *per torsione del diverticolo e in seguito dell'ansa dell'ileo* (fig. 1);

8) *il diverticolo può girare intorno ad un'ansa e stringerla alla base o addirittura farle intorno un nodo semplice e doppio* (fig. 2);

9) *può piegare più anse dell'ileo* (fig. 3);

10) *può insinuarsi in una fessura del mesenterio trascinando il suo punto d'impianto sull'ileo.* Modalità rara descritta dal Nobili.

Può invaginarsi e provocare invaginazione dell'ileo. Si avranno allora:

11) *invaginazione del solo diverticolo;*

12) *invaginazione del diverticolo e dell'intestino;*

13) *invaginazione del diverticolo e dell'intestino prodotta da un polipo nato dal fondo del diverticolo.* Caso descritto da Jon Macdonald.

Queste invaginazioni sono trattate da Hawkins di Chicago che nel dicembre 1934 ne ha raccolti 160 casi e ne dà le seguenti particolarità. Avvengono nei bambini grandicelli, che prima della crisi occlusiva classica avevano già

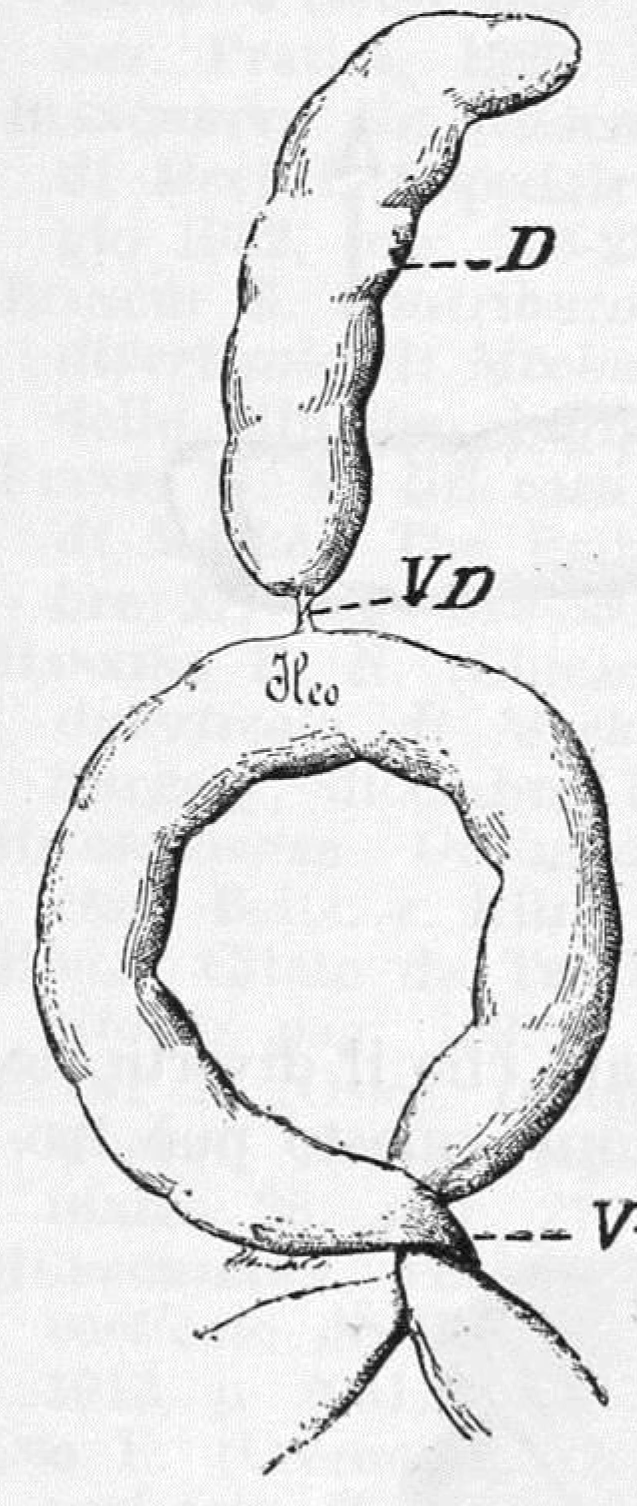


FIG. 1.

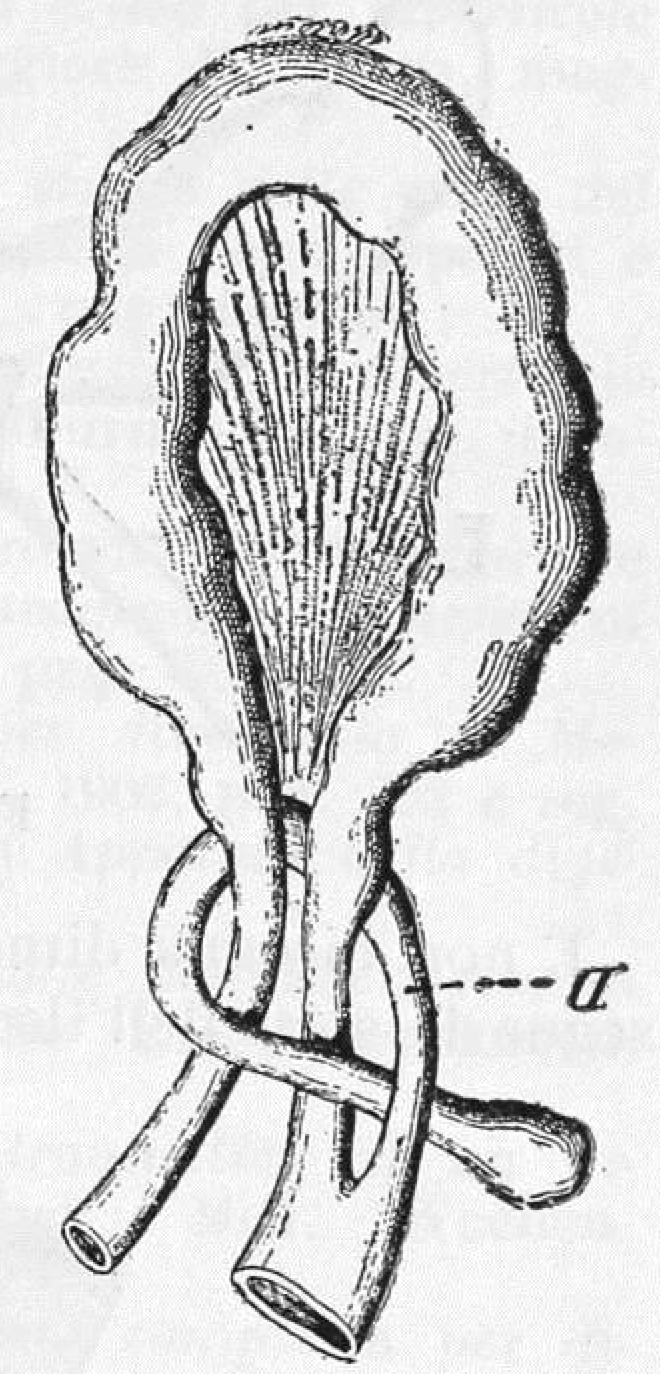


FIG. 2.

(da *Duval*)

presentato qualche crisi addominale anteriore terminata favorevolmente.

Dichiaratasi l'occlusione il suo decorso è lento, e vi è sovente un attacco leggero di un giorno o due prima che comincino i sintomi

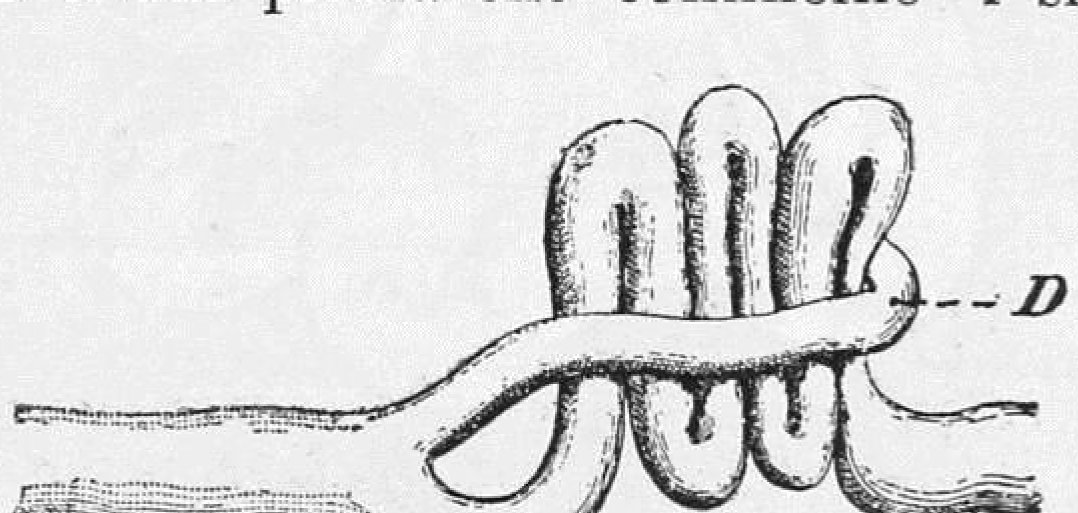


FIG. 3.
(da *Duval*)

gravi (probabilmente perchè nel primo, o nei primi due giorni si ha soltanto l'invaginazione del diverticolo), l'emorragia non è molto abbondante. I vomiti sono intensi e se v'è una massa palpabile è sempre a destra.

Si hanno il 61 % di guarigioni operatorie.

14) Altro meccanismo raro è quello descritto da Schwarz di Praga che riporta un caso di occlusione da lui operato e determinato di un diverticolo di Meckel lungo 5 cm. che invece di essere inserito sull'ileo ad angolo retto era inserito quasi in continuità dell'ansa afferente. L'ansa efferente perciò faceva con l'afferente

un angolo a 90° che ne restringeva il lume, il quale era completamente obliterato da una plica valvolare che si notava sul pezzo resecato fra ansa afferente ed efferente (fig. 4).

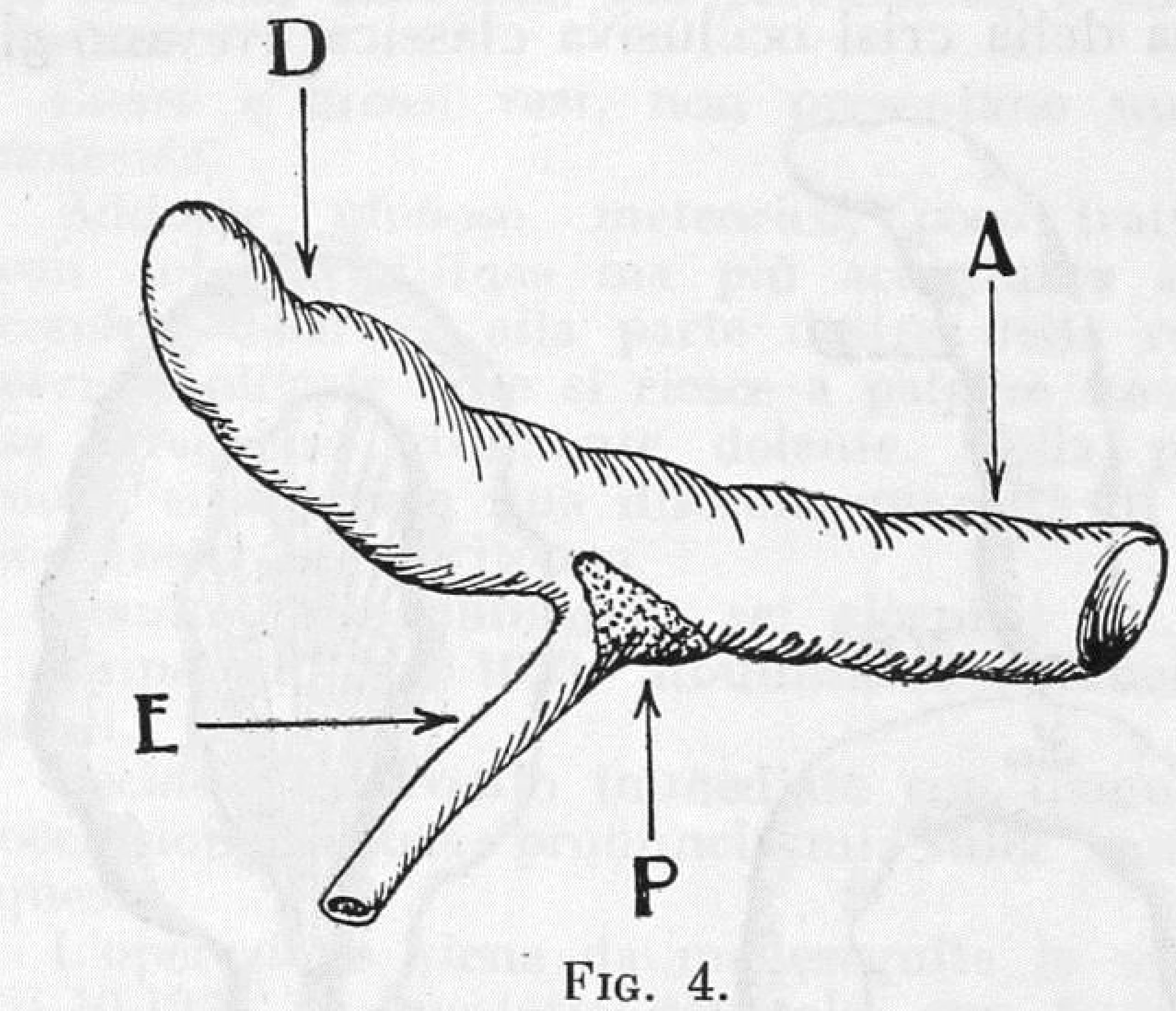


FIG. 4.

E non bisogna dimenticare che il diverticolo segue le sorti dell'ileo e come questo può tro-

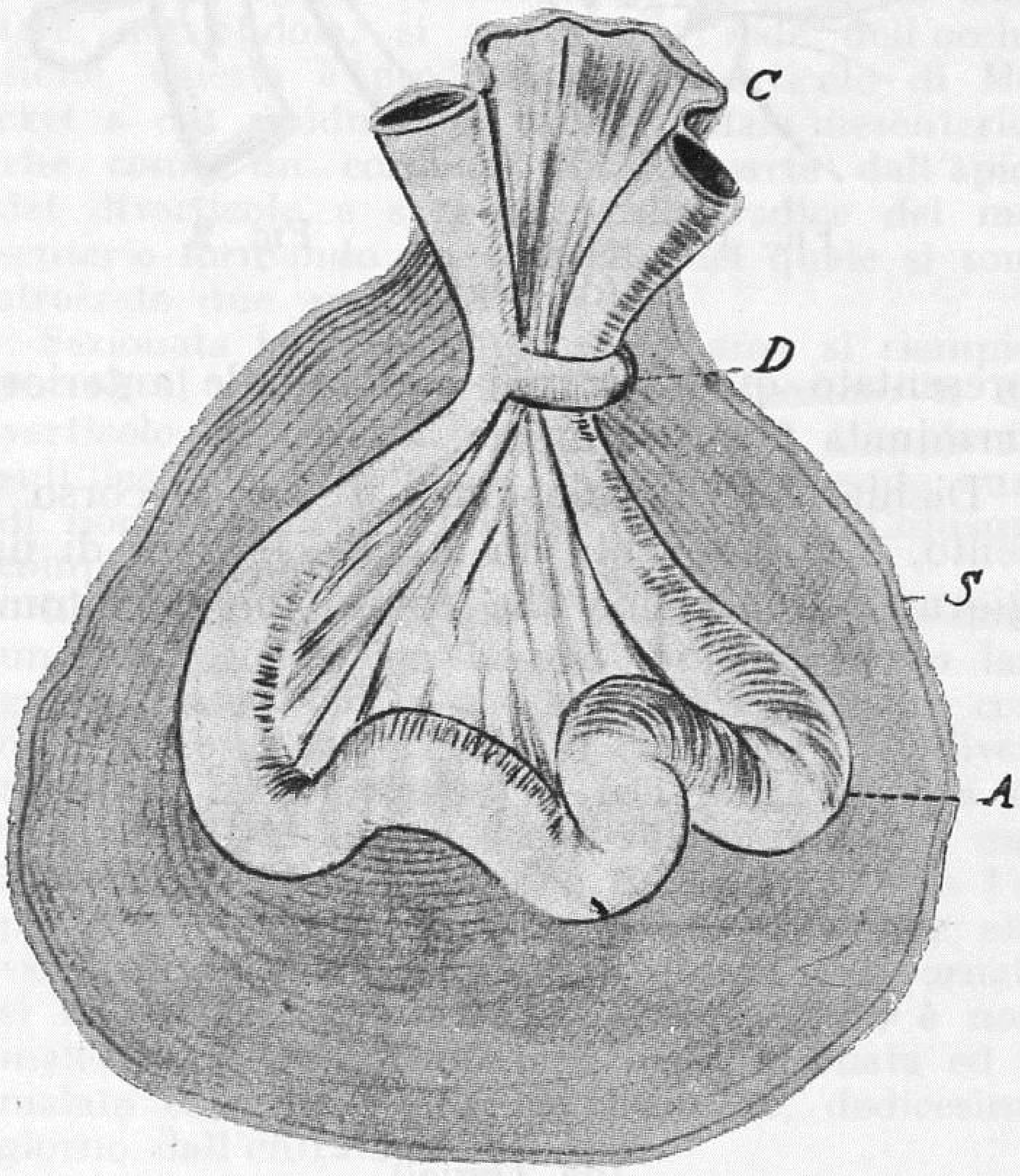


FIG. 5.
(da *Bani*)

varsi nei sacchi erniarii e subire le complicazioni dell'ernia (strozzamento). Non è raro infatti il reperto di diverticoli in sacchi ombellicali, crurali inguinali, e perfino in ernie di Spiegel (caso riportato da Massabuau, Guibal e Gabonac), e qualche volta il diverticolo erniato provoca lo strozzamento dell'intestino come nel caso riferito da Bani che credo utile riportare (fig. 5).

Un operaio di 32 anni portatore da 12 anni di ernia inguinale D. riducibile, l'ha vista improvvisamente divenire tesa e dolente mentre insorgevano tutti i sintomi dell'occlusione.

All'operazione, si nota che lo strozzamento non si trova a livello dei due orifiici inguinali che sono molto larghi, e che l'ansa erniata non è strozzata dal colletto del sacco ma da un diverticolo di Meckel che partito dall'ansa afferente abbraccia l'efferente gomitandola.

Ho descritto 14 meccanismi di occlusione da diverticolo di Meckel ma non credo di avere esaurito tutte le possibilità.

È interessante notare come i malati di occlusione per diverticolo di Meckel siano con la massima frequenza giovani o giovanissimi e come in generale i sintomi di occlusione si stabiliscano a poco a poco tanto che il malato arriva al tavolo operatorio in 3ª, 4ª, 5ª (caso nostro) e perfino in 10ª giornata di occlusione. Ciò vale per le gomitature su briglia e le compressioni sotto briglia che sono le più frequenti e nelle quali non si ha compromissione rapida delle anse dell'intestino. Vale per le invaginazioni di cui già abbiamo parlato e nelle quali Hawkins rileva il periodo di subocclusione prima dello scoppiare di tutti i sintomi al completo.

Non vale per i volvoli del diverticolo e i volvoli intestinali determinati in qualche maniera da diverticolo.

In questi casi, rari per fortuna, anche operando il più presto possibile si sono dovute eseguire ampie resezioni di tenue.

Tranne queste lievi differenze che non sempre è dato osservare, i sintomi della occlusione da diverticolo di Meckel si confondono con quelli dell'occlusione in genere. V'è un sintomo però che quando esiste è patognomonico ed è il sintomo di Leo che si ha soltanto quando l'apice del diverticolo o la briglia fibrosa che lo continua s'inserisce alla cicatrice ombelicale. In questo caso la cicatrice sarà abnormemente retratta e spiccherà sul ventre ballonnè dell'occluso.

DIAGNOSI. — Salvo casi rari, in cui i sintomi al completo dell'occlusione compaiono rapidamente e ancor più rapidamente si aggravano; nel primo e nei primi due giorni è difficile qualche volta far diagnosi anche di occlusione. La sintomatologia infatti è molto vaga e non è raro il caso di trovare all'operazione un'occlusione da diverticolo laddove la diagnosi clinica propendeva per l'appendicite. Nella maggior parte dei casi riconosciuta l'occlusione, non se ne diagnostica la causa. In casi rarissimi la presenza del sistema di Leo ha fatto fare la diagnosi esatta.

Eppure, date le cognizioni attuali sulla patologia del diverticolo di Meckel e specialmente sull'ulcera diverticolare, la diagnosi dovrebbe essere posta più frequentemente.

Perciò credo che di fronte ad un occluso si debba raccogliere una anamnesi accurata e domandare al malato se negli anni precedenti abbia sofferto di crisi addominali dolorose e di melene. In presenza di queste, specie poi se un esame radiologico del sistema digerente abbia escluso ulcerazioni del duodeno e dello stomaco, il medico deve sospettare l'esistenza di un'ulcera del diverticolo e pensare che sia questo a produrre l'occlusione.

Così pure deve pensare al diverticolo tutte le volte che esamina un malato giovane in cui i sintomi gravi dell'occlusione sono cominciati dopo uno o due giorni di attacchi leggeri.

Ad ogni modo, sebbene la diagnosi sia molto difficile, in qualche caso può esser fatta con certezza (sintoma di Leo), ed altre volte con probabilità.

Cura. — Non mancano casi in cui è stata ritenuta necessaria e sufficiente, sia per le condizioni del malato sia per altre circostanze, la sola sezione della briglia strozzante, ma non credo che questa condotta sia giusta. È buona regola togliere l'appendice anche non infiammata quando questa capiti sotto il coltello del chirurgo e così credo ci si debba comportare nei riguardi del diverticolo di Meckel.

Non credo si debba passare all'estremo opposto, e consigliare con Pascual e Trias Pajol di fare sempre, dopo resezione del diverticolo di Meckel una ileo-ileo-stomia, perchè essi dicono, nel punto di diverticulectomia si produce sempre una stenosi intestinale. È ben vero che in genere l'impianto del diverticolo sul tenue è molto largo, ma si può sempre trovare il verso per il quale un doppio piano di sutura non riesca stenosante.

Quindi ogni volta che si trovi un diverticolo causa di occlusioni e l'ileo non compromesso, credo doveroso eseguire la diverticulectomia senza ileo-ileo-stomia.

Quando le condizioni dell'intestino non siano buone, ci si regolerà caso per caso, resecando i tratti necrotici o comunque giudicati non vitali, e ristabilendo la continuità dell'intestino se possibile con ileo-ileostomia altrimenti con ileo-colostomia.

RIASSUNTO.

L'A. prende occasione da un caso di occlusione intestinale da diverticolo di Meckel da lui operato per diffondersi sull'argomento e specialmente sul meccanismo di produzione e sulla diagnosi.

BIBLIOGRAFIA.

Bani Ugo. *Occlusione da diverticolo di Meckel in sacco d'ernia ing. obl. est. D.* Il Policlinico, Sez. Pratica, 1928.

Bianchetti. *Un nuovo caso d'ileo per diverticolo di Meckel.* Ospedale Maggiore di Novara, maggio 1932, pag. 223-230.

Bianchi G. *Contributo allo studio delle ernie del diverticolo di Meckel.* Gazzetta degli ospedali e delle cliniche, luglio 27, pag. 651-656.

Finney G. M. *Un caso di occlusione da diverticolo di Meckel.* The Britisch Journal Surgery, ottobre 27, pag. 329-330.

Harkins H. N. (Chicaco). *Invaginazione dovuta a diverticolo di Meckel invaginato.* Annales of Surgery, dicembre 1934, pag. 1070-95.

Hilgenreiner. *Occlusione per diverticolo di Meckel.* Beitz. z. Klin. Chir., 1902, pag. 702 e seg.

Hirll. Citato da Testut in *Apparato della digestione*, pag. 189.

Holst J. (Oslo). *Invaginazione del diverticolo di Meckel.* Norsk Magazin for Laegevidenskaben, marzo 28, pag. 279-283.

Hübschmann. *Perforazione traumatica di un diverticolo di Meckel.* Münch. Med. Wochen, 1913, p. 2051.

Leo E. (Cremona). *Occlusione complessa per diverticolo di Meckel.* La clinica chirurgica, gennaio 1933, pag. 38-63.

Macdonald Jan. *Invaginazione int. da polipo nato su diverticolo di Meckel.* The British Medical Journal, marzo 28, pag. 442.

Massabuau Guibal e Cabanac. *Due casi di ernie ventrali laterali spontanee strozzate con presenza di diverticolo di Meckel,* citato in Journal de Chirurgie, giugno 1934.

Megevand e Dumont. Citato da Mondor in Journal de Chirurgie, aprile 1933, pag. 552 e segg.

Melletti. *Occlusione da diverticolo di Meckel.* Il Policlinico, Sez. Chirurgica, aprile 1928, pagina 188-208.

Mica B. (Viterbo). *Occlusione int. per diverticolo di Meckel.* Minerva Medica, agosto 1932, pagina 247-253.

Miller R. H. Wallace (Boston). *Il diverticolo di Meckel negli stati addominali acuti.* Annals of Surgery, ottobre 1933, pag. 713-721.

Mondor e Lamy. *Le ulcere del diverticolo di Meckel.* Journal de Chirurgie, aprile 1933, p. 522 e segg.

Nevi. *Due casi di occlusione per diverticolo di Meckel.* Bollettino delle scienze mediche, dicembre 1928, pag. 405-420.

Nobili. *Modalità rara d'occlusione intestinale per diverticolo di Meckel.* Il Policlinico, Sez. Prat., febraio 1930, pag. 171-173.

Olariu Ch. e Grigorescu J. J. (Bucarest). *Occlusione per diverticolo di Meckel.* Spitalul, aprile 1932, pag. 176-179.

Oliva Carlo. *Contributo allo studio delle ernie del diverticolo di Meckel.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, ottobre 1927, pag. 1013-1017.

Pascual e J. Trias Payol. *Due casi di addome acuto da diverticolo di Meckel.* Boletin de la Società de Cirugia de Barcelona, marzo 1931, pag. 18-22.

Pepi. (Venezia). *Torsione del diverticolo di Me-*

ckel. Giornale veneto di scienze mediche, marzo 1931, pag. 164-174.

SALMON et J. DOR. (Marsiglia). *Le ernie strozzate del diverticolo di Meckel.* Archivio di medicina generale e coloniale, a. II, n. 3, pag. 137-148.

SCHWARZ (Praga). *Diverticolo di Meckel e occlusione intestinale.* Zentralblatt für Chirurgie, settembre 1930, pag. 2290-91.

SFERRA (Firenze). *Occlusione da diverticolo di Meckel.* Gazzetta degli ospedali e delle cliniche, giugno 1931, pag. 807-812.

STOHR. *Studio clinico dello strozzamento per diverticolo di Meckel.* Bruns Beiträge zur Klinischen Chirurgie, 1927, pag. 353-8.

STRUTHERS. *Due casi di diverticolo di Meckel situato fra le due pagine del mesentere.* Edinsburg medical Jounal, luglio 1933, p. 402-408.

TESTUT. *Apparato della digestione*, pag. 188.

TERBRÜGGEN. *Su lo strozzamento per persistenza del canale onfalo mesenterico.* Zentralblatt für chirurgie, luglio 1929, pag. 1805.

TREMOLIÈRES. *Occlusione incompleta per diverticolo di Meckel.* Buletin et Memoires de la société des Hôpitaux de Paris, giugno 1930.

WALTERS C. A. B. et WILKIUS. *Diagnosi urgenti del diverticolo di Meckel.* The Lancet, dicembre 1932, pag. 1430-32.

WILKELBAUER (Vienna). *Le affezioni chirurgiche del diverticolo di Meckel.* Wiener Klinische Wochenschrift, luglio 1929, pag. 989 e segg.

CLINICA CHIRURGICA PRIVATA
del prof. F. DE GIRONCOLI - CONEGLIANO.

Occlusione intestinale da diverticolo di Meckel

per il dott. LUIGI TOMASI, aiuto.

Le manifestazioni patologiche del diverticolo di Meckel presentano una sintomatologia in tutto eguale a quella dell'appendicite, se si tratta di una diverticolite, od a quella delle occlusioni intestinali dovuta ad altri fattori, se si tratta di occlusione dovuta a diverticolo di Meckel; per cui quasi fatalmente implicano l'errore diagnostico, cosicchè quasi tutte le diverticoliti operate lo furono come appendiciti, e quasi tutte le occlusioni intestinali da diverticolo di Meckel lo furono senza che fosse stata preventivamente stabilita la causa dell'occlusione; fortunatamente tali errori non hanno importanza alcuna poichè le indicazioni terapeutiche ed il loro trattamento sono assolutamente identiche.

Sarà cosa opportuna però che il medico pratico di fronte ad una sintomatologia addominale pensi sempre anche alla possibilità di una manifestazione diverticolare, come pure sarà prudente che il chirurgo faccia sempre ricerca del diverticolo di Meckel, secondo il consiglio di Kappis e di altri autori, specialmente nei casi di appendicite sine patologico.

La difficoltà della diagnosi dunque e la rarità della manifestazione patologica mi hanno indotto ad illustrare questo caso di occlusione intestinale, dovuto al diverticolo di Meckel, nel quale pur non avendo fatto con precisione la diagnosi, si era pensato ancor prima dell'intervento alla possibilità di uno strozzamento causato dal diverticolo.

M. G., di anni 4, da Bagnolo. Entra il 17 agosto 1930, il padre e la madre sono vivi e sani, quattro fratelli pure sani ed immuni da qualsiasi malattia; l'anamnesi è assolutamente negativa, nel gentilizio ascendente laterale e collaterale non si riscontra nessun caso di tubercolosi nè di altra malattia ereditaria. Il piccolo all'età di due anni sofferse la pertosse, a tre il morbillo, poi nessun'altra malattia.

Nè il paziente nè alcun altro piccolo della numerosa famiglia, soffersero mai di ascaridiosi. Il piccino non si lagnò mai di dolori addominali nè presentò mai defecazioni atipiche; non era stitico.

Quattro giorni prima dell'ingresso in Reparto, come di consueto si coricò in perfetta salute, ma durante la notte si fece accompagnare dal padre al gabinetto perchè si era improvvisamente svegliato con gravi dolori addominali accompagnati da forte stimolo alla defecazione. Il padre narra che il piccino fece notevoli e dolorosissimi sforzi riuscendo ad emettere però soltanto piccolo scibale dure. Dopo tale incompleta defecazione l'alvo si mantenne ostinatamente e completamente chiuso nonostante i numerosi clisteri ed enteroclismi fatti, ed i purganti somministrati.

Da due giorni è insorto vomito incoercibile, il quale dapprima alimentare, si fece poi biliare ed al momento dell'ingresso in Reparto è nettamente fecaloide.

E. O. Facies peritonitica, ipopiressia (35°), stato generale di grave collasso, alla radiale, a stento si percepisce il polso, che è filiforme alla carotide, addome teso, meteorico, dolentissimo, chiaro rumore di guazzamento, netta ipofonesi alla base dell'addome durante la posizione orizzontale, ipofonesi che si sposta con i cambiamenti di posizione del paziente, indicando versamento liquido libero; le anse intestinali si disegnano con chiarezza su tutto l'ambito addominale con la caratteristica tetania, sicuro indice di occlusione intestinale.

I toni cardiaci sono netti ma deboli e frequentissimi.

Si pratica tosto ipodermoclisi, numerose iniezioni cardiocinetiche, e, quale ultima ratio, si tenta l'intervento chirurgico.

Atto operativo: Eteronarcosi, ampia laparotomia pararettale destra, il peritoneo si presenta tosto molto teso ed iperemico; appena aperto l'addome fuoriesce sotto forte pressione, liquido sieroematico, nerastro, unito ad anse molto distese; svolgendo la massa del tenue dilatata si giunge al punto di strozzamento sotto il quale sono anse vuote ed ipotoniche. Esaminando bene la causa dello strozzamento si vede che questo è dovuto ad un cordone della grossezza di un dito, il quale perforando il mesentere in corrispondenza del margine mesenteriale ravvolge con duplice tenace abbraccio a guisa di tentacolo un'ansa del tenue molto iperemica ed in via di necrosi. Tale ansa è inoltre aderente ad altre dello stesso tenue.

A prima vista si è indotti a pensare ad un'appendice infiammata che strozzi il tenue e si provvede a liberare l'ansa recidendo il cordone strozzante alla sua radice, per via retrograda, così a poco a poco si svolgono le due spirali del cingolo e si riesce a liberare l'ansa distaccandola anche dalle vicine per via ottusa. Esaminando la causa dello strozzamento, asportata, si constata che la sospettata appendice ha una forma cilindro-conica che termina in forma caratteristica di ampia clava, è lunga 18 cent., tali anomalie fanno pensare al diverticolo di Meckel, per cui si è indotti a fare diligenti ricerche dell'appendice che viene finalmente trovata ad 80 centimetri circa a valle dello strozzamento, nella sua sede, normale e non alterata; questa fortunata constatazione fa confermare che lo strozzamento era dovuto ad un diverticolo di Meckel, che con doppio nodo ravvolgeva l'ansa del tenue.

Ampio drenaggio, si suturano in massa le pareti addominali. Il decorso postoperatorio, com'era stato previsto, date le condizioni gravissime del paziente, fu catastrofico, e poche ore dopo l'intervento avveniva il decesso.

Il diverticolo del Meckel è piuttosto raro.

Secondo gli anatomici si trova due volte su cento individui, è congenito, ed è dovuto alla parziale persistenza del dotto vitellino, è sempre unico, si presenta sotto forma di appendice intestinale a fondo cieco, è situato costantemente nella porzione terminale dell'ileo e l'intervallo che separa il suo punto d'impianto dalla terminazione dell'ileo è in media da 80 centimetri ad un metro; ha forma cilindro-conica con estremità ad ampolla, di solito è situato sul margine libero dell'ansa e la sua lunghezza varia da 5 a 25 centimetri, mentre il suo calibro di solito è uguale a quello dell'ansa sulla quale si impianta.

La struttura del diverticolo di Meckel è stata in questi ultimi tempi cagione di molti studi e di molte discussioni dai quali è risultato il fatto importantissimo che in quasi tutti i diverticoli di Meckel esistono zone mucose eterotopiche; assertori di questo fatto furono Pascale, Treplin ed altri.

Varie furono le teorie emesse per spiegare la eterotopia delle mucose diverticolari, fra queste la più convincente è quella dello Scahalk.

Egli afferma che tale fatto è dovuto a germi aberranti che si sviluppano tra la seconda e la quinta settimana di vita embrionale. In tale epoca nel tratto anteriore dell'intestino umano esiste ancora una via aperta alle germinazioni, le quali movendosi nell'endolinfa, vanno a depositarsi nei punti più ristretti del tubo intestinale dell'embrione cioè nel dotto onfaloenterico che si restringe e nella terminazione anale dell'esofago. Ed è proprio in queste due sedi che si trovano generalmente innesti di germi abberranti, bisogna cioè ammettere che l'insediarsi di una mucosa eterotopa nel dotto onfaloenterico, sia dovuto alla sua pervietà persistente nei primi mesi della vita embrionale. La presenza di mucose eterotope dissimili da quella dell'ileo nel diverticolo è stata trovata nel 50 % dei casi, più frequentemente è stata rinvenuta la mucosa gastrica, meno frequentemente la mucosa duodenale e talvolta furono trovate persino delle isole pancreatiche; sede di predilezione di tali eterotipie è sempre la capsula diverticolare. Anche la mucosa ileale che il più delle volte tappezza il diverticolo deve essere considerata come una mucosa eterotopa del dotto onfalo-enterico. Gli addensamenti che si trovano sempre ai limiti delle zone mucose eterotope rappresentano i residui del tessuto mesenchimale che lotta con le mucose per ottenere la chiusura del dotto onfalo-enterico.

Il diverticolo di Meckel si può riscontrare in tutte le età; alcuni autori affermano che è più frequente nell'adulto; numerosissimi casi pubblicati invece dimostrerebbero il diverticolo di Meckel più frequente, almeno con manifestazioni patologiche nell'infanzia. È certo che col crescere dell'individuo il diverticolo di Meckel diventa sempre meno patologico.

Le più comuni manifestazioni del diverticolo sono rappresentate dalla sua infiammazione, descritta per la prima volta da R. Fitz nel 1884 sotto il nome di diverticolite e dalle occlusioni intestinali causate dal diverticolo di Meckel, descritte da Parise, Leichtnsters, Treves, ecc.; complicazioni più rare del diverticolo possono essere le ernie diverticolari, le fistole ombelico-diverticolari, i tumori benigni e maligni di origine diverticolare; la perforazione di un'ulcera peptica del diverticolo.

La diverticolite può essere dovuta ad infezioni generalizzate quali la gastro-enterite, l'ileo tifo, ecc. od a corpi estranei che possono essere svariatissimi.

La patologia della diverticolite è molto simile a quella dell'appendicite, in realtà il primo fatto che si manifesta è l'infezione del diverticolo, le altre manifestazioni non ne sono che le conseguenze. Così quanto fu detto sopra la batteriologia dell'appendice si può riferire anche alla batteriologia del diverticolo, anche le alterazioni patologiche sono eguali a quelle dell'appendicite, vanno cioè dalla semplice congestione alla cancrena parziale o totale del diverticolo, la perforazione avviene pure nel diverticolo e la reazione peritoneale è costante dalla peritonite reattiva alla peritonite circoscritta o generalizzata da perforazione, con tutte le infinite manifestazioni che si hanno nell'appendicite. La diverticolite con peritonite circo-

scritta decorre come un vero attacco appendicolare, con dolore improvviso localizzato che poi si irradia a tutto l'addome con vomito, meteorismo, chiusura dell'alvo, difesa peritoneale ed in seguito piastrone.

Nella diverticolite con peritonite diffusa i sintomi vanno rapidamente aumentando, dando in breve tempo la sindrome completa della peritonite settica da cancrena del diverticolo. La diverticolite ricorrente rappresenta la forma cronica; tale forma, descritta raramente, si manifesta come attacchi di vera e propria appendicite ricorrente.

Quando il diverticolo è molto lungo, può avvolgersi intorno ad una o più anse intestinali e strozzarle, in altri casi esso col suo apice aderisce ad un'altra ansa ovvero alle pareti addominali, formando allora una briglia che può comprimere l'intestino o sulla quale questo può piegarsi ad angolo causando lo strozzamento.

Le occlusioni intestinali da diverticolo possono avvenire anche per stiramento del diverticolo stesso dovuto ad aderenze, oppure per invaginazione del diverticolo o per volvulo diverticolare o volvulo enterodiverticolare o per strozzamento del diverticolo in qualche sacco erniario o per diverticolite o per ammasso di feci nel diverticolo stesso.

Un raro caso di meccanismo di occlusione intestinale da diverticolo di Meckel è stato recentemente descritto da Schwarz. Trattavasi di una specie di sperone esistente nel punto di inserzione del diverticolo di Meckel dalla parte dell'ansa afferente all'intestino il quale faceva sì che le masse fecali venissero sempre più spinte nel lume diverticolare occludendo a poco a poco il lume dell'ansa efferente, cosicchè si stabiliva una specie di circolo vizioso quale si presenta nelle gastrodigiunostomie.

Nel caso da noi osservato pensammo dapprima ad una peritonite da appendicite perforata, ma poi nonostante l'esistenza di chiari sintomi peritonitici, considerando l'anamnesi, il vomito fecaloide, il guazzamento e specialmente osservando il sintoma della peristalsi intestinale ancora ben visibile attraverso la parete addominale e manifestantesi con frequenti tetanie intestinali fummo indotti a pensare che si trattasse di un'occlusione intestinale acuta e passando quindi a considerare le possibili cause dell'occlusione stessa si escluse la possibilità dell'ostruzione meccanica dovuta a grandi ammassi di ascaridi per l'anamnesi assolutamente negativa in proposito, così pure si escluse la possibilità di un invaginamento per la mancanza di scariche sanguinolenti e del caratteristico salsicciotto; non si ammise che l'occlusione fosse dovuta a briglie infiammatorie per mancanza di precedenti fatti addominali esclusi dall'anamnesi; si pensò quindi che l'occlusione fosse dovuta a volvolo od anche alla possibilità che causa di essa fosse il diverticolo di Meckel.

RIASSUNTO.

L'A. riporta la storia di un'occlusione intestinale da diverticolo di Meckel. Enumera tutte le possibili conseguenze di questa anomalia anatomica. Si sofferma sulla teoria delle mucose eterotopiche spesso riscontrate nel diverticolo del Meckel.

SUNTI E RASSEGNE

GINECOLOGIA.

Diagnosi e terapia dei disturbi genitali endocrini.

(W. BENTHIN. *Mediz. Klinik*, n. 8, 9, 10, 1935).

Le Influenze endocrine più importanti per la funzione genitale partono dallo stesso ovaio. Durante tutta la vita crescono e regrediscono continuamente i follicoli. Prima della pubertà essi regrediscono senza aver raggiunta la maturazione, dopo la pubertà invece molti follicoli arrivano a maturità. Questi follicoli che arrivano alla maturità, e i corpi lutei che si formano dopo lo scoppio del follicolo, dominano la situazione endocrina durante tutto il periodo della maturità sessuale: sono subordinati a questi fattori l'accrescimento e la conservazione dell'utero e la comparsa e periodicità delle mestruazioni. L'ormone elaborato dal follicolo che si avvia a maturazione, la « follicolina », provoca la fase « proliferativa » della mucosa uterina. La somministrazione di follicolina ad animali castrati fa in essi comparire l'estro sessuale, eccita l'accrescimento e la contrattilità dell'utero, determina anche una rigenerazione e una ripresa funzionale dei tessuti genitali che prima erano in regressione, e stimola persino l'accentuazione dei caratteri sessuali secondari: non riesce però in alcun modo a provocare la « fase di trasformazione » della mucosa uterina. Soltanto l'ormone del corpo luteo provoca lo « stadio di trasformazione »: iperemia, imbibizione edematosa della mucosa e secrezione intensificata. Se non è avvenuto il concepimento, cessata la attività del corpo luteo che regredisce, segue la mestruazione, in cui avviene lo sfacelo degli strati superficiali della mucosa uterina. Sotto la influenza di un nuovo follicolo che matura si inizia ora immediatamente la rigenerazione, la riepitelizzazione della mucosa e la neoformazione di glandole (stadio proliferativo). Negli animali

castrati si riescono a riprodurre tutte le fasi alterative delle mucose genitali, somministrando in razionale alternanza i due ormoni sessuali, la follicolina e la luteina. Anche nella donna un ciclo mestruale tipico presuppone una azione di tutti e due gli ormoni: della luteina nelle due settimane che precedono la mestruazione, della follicolina nelle due settimane che vi seguono.

Oltre al tessuto follicolare, l'ovaio contiene anche il tessuto interstiziale. L'A. non crede che alle cellule interstiziali competa la importante funzione endocrina che molti vogliono loro attribuire: il compito principale di queste cellule sarebbe quello di accumulare e di rielaborare in qualche modo, tutte le abbondanti scorie che si formano durante i processi di maturazione e di regressione dei follicoli e dei corpi lutei.

Le altre glandole endocrine influiscono in modo più o meno evidente sulla funzione genitale: ad eccezione della ipofisi anteriore che è stata definita il « motore » della funzione ovarica, le influenze delle altre glandole non sono però assolutamente costanti nei loro effetti e sono soggette a notevoli differenze individuali. È necessaria la presenza degli ormoni del lobo anteriore della ipofisi, perchè nell'ovaio maturino i follicoli e si formino i corpi lutei. La estirpazione della ipofisi o anche solo del suo lobo anteriore è seguìta da cessazione delle alterazioni cicliche dei genitali: l'iniezione di estratti ipofisari anteriori riattiva almeno temporaneamente, la funzione ovarica.

Non è del tutto certo che esistano varî ormoni ipofisari, di cui alcuni (ormone A) agirebbero sulla maturazione dei follicoli, altri (ormone B) sulla formazione del corpo luteo.

Varie osservazioni confermano che esiste un intimo rapporto tra la ipofisi e la funzione genitale. Così sia durante la gravidanza che dopo la castrazione, si ingrandisce il lobo anteriore della ipofisi. Durante la gravidanza si osservano degli accenni ad alterazioni acromegaliche, non di rado la vera acromegalia inizia subito dopo una gravidanza. D'altra parte osserviamo spesso alterazioni della funzione genitale nella adiposità ipofisaria e nella acromegalia: in queste forme si possono osservare amenorrea, ipoplasia genitale e sterilità. Anche nella cachessia ipofisaria si ha quasi costantemente una amenorrea in età giovanile.

La tiroide si ingrossa all'epoca della pubertà, durante le mestruazioni e nella gravidanza; una analoga ipertrofia si osserva dopo la castrazione, e talvolta nel climaterio. Negli animali tiroidectomizzati si arresta l'accrescimento dei genitali, ne risulta un infantilismo marcato. Nello struma semplice si hanno spesso emorragie accentuate, nel Basedow predominano invece per lo più gli stati oligo- o amenorroici. I rapporti tra tiroide e funzione ovarica sono però intricati: così talvolta si osserva oligo- o amenorrea anche nelle ipofunzioni tiroidee.

I surreni si ingrossano durante la mestruazione e più ancora nella gravidanza: ipertrofizza soprattutto la parte corticale.

La diagnosi dei disturbi endocrini dell'apparato genitale non è facile, è più che altro una diagnosi per *exclusionem*. Si diagnosticherà un disturbo endocrino quando manchi qualsiasi segno evidente di affezioni di altra natura ben definita (flogosi, tumori, ecc.). D'altra parte però la esistenza di tali affezioni non esclude senz'altro la coesistenza di anomalie endocrine. Purtroppo la dimostrazione diretta degli ormoni non ha ancora assunto un valore diagnostico, ad eccezione della reazione ormonica della gravidanza. La reazione Aschheim-Zondek si basa sul fatto che solo durante la gravidanza viene eliminato in quantità l'ormone del lobo ipofisario anteriore, il « prolan ». La iniezione di urina di gravida provoca perciò sia nel topolino che nel coniglio impubere, evidenti modificazioni della ovaia: punti emorragici come espressione di emorragia nei follicoli ingranditi, e punti gialli espressione della formazione di corpi lutei. Oltre che nella gravidanza, la reazione è positiva anche nell'epitelioma del corion; nella gravidanza extrauterina ha valore probativo solo se è positiva. È negativa nell'aborto tubarico, nella rottura della tuba, nell'ematocele.

Nelle anomalie mestruali la terapia ormonica promette risultati solo quando manchino alterazioni flogistiche, post-flogistiche o neoplastiche e quando le anomalie non siano in rapporto con affezioni cardiache o renali o con malattie del sangue. La terapia ormonica è indicata specialmente nelle emorragie giovanili, mentre poco o nessun risultato si deve attendere nelle emorragie climateriche e in quelle senili. Non adatti alla terapia ormonica sono i casi di emorragia extramestruale (menorragia): qui si ottengono ottimi risultati con l'abrasione. Le emorragie di origine ovarica sono in rapporto con una difettosa formazione di corpo luteo, la cura consiste quindi nella somministrazione di luteina. Si ottengono buoni risultati dalla combinazione di questo ormone con quello del lobo ipofisario anteriore; come tutti gli ormoni, anche questi sono molto più efficaci se dati per via ipodermica. Alcuni consigliano alte dosi di prolan (3-4 iniezioni di 1000 unità ratto l'una), altri dosi minori (40-80 unità topo). L'ormone dei corpo luteo si inietta in dose di una unità coniglio per ogni Kg. di peso.

Un vasto campo di applicazione della terapia ormonica è quello della oligo- e della amenorrea: si devono però scegliere i casi veramente adatti a questa terapia. Possono attendersi buoni risultati dalla cura ormonica degli stati oligo- e amenorroici solo se nelle

ovaie e nell'utero vi è ancora una sufficiente quantità di tessuto funzionante. Espressioni cliniche di questa condizione, sono lo sviluppo normale dei genitali, e almeno degli accenni a una regolare funzione ovarica: ad intervalli di 4 settimane, invece delle mestruazioni quando queste manchino, delle emorragie vicarianti oppure cefalea, ronzìo alle orecchie, disturbi intestinali o sensazioni di stiramento e di pressione verso il basso, nell'addome. In tutti i casi i risultati della terapia ormonica sono tanto migliori quanto più precocemente questa viene iniziata, e quanto più è giovane la donna. Si capisce che nessun risultato è da attendersi se la mucosa uterina è stata distrutta e se il tessuto ovarico è suppurato, infiltrato da un tumore o invaso dalla infezione tubercolare.

Nella tubercolosi in genere la cura ormonica è addirittura controindicata perchè la ricomparsa delle mestruazioni può provocare una diffusione del processo. L'ormone follicolare va dato in quel periodo in cui esso fisiologicamente viene prodotto nell'organismo: si inizia quindi la somministrazione 10-12 giorni prima del probabile momento della mestruazione (nella amenorrea servono come criteri i fenomeni vicarianti anzidetti). Nei casi più leggeri (donne giovani o amenorree recenti con genitali normali) bastano in genere piccole dosi di follicolina (3-4 iniezioni di 40 unità ratto ognuna, a intervalli di 2 giorni). In caso di insuccesso si aumentano le dosi e si associano delle iniezioni di ormone ipofisario anteriore. Una tale associazione dei due ormoni è sempre necessaria in quelle forme di oligo- o amenorrea che si accompagnano ad una ipoplasia dell'utero. Zondek consiglia in questi casi delle iniezioni giornaliere di 100-200 unità topo di prolan fino al nono giorno dopo l'epoca mestruale, dal 10° al 15° giorno 40-100 unità topo di follicolina per iniezione e due dosi di 200-300 unità per bocca; dal 16° al 21° giorno, le stesse dosi di follicolina per bocca e 100 unità topo sottocute, e nei 6 giorni seguenti, 200 unità sottocute e due volte 300-400 unità per os.

Diversa deve essere la terapia in quelle amenorree in cui l'utero anzichè ipoplasico è piuttosto ingrandito, molle, e in cui spesso si ha anche degenerazione microcistica delle ovaie. In questi casi si ha una eccessiva produzione di follicolina, la somministrazione di questo ormone è quindi controindicata; sono utili gli ormoni luteinizzanti, quindi quelli della ipofisi anteriore del corpo luteo. Lo stesso si può dire per la amenorrea e i disturbi del climaterio iniziale; in tale periodo si ha per lo più un eccesso di produzione di follicolina. Solo nel climaterio avanzato, quando progredisce la atrofia delle ovaie, si può sperare un buon risultato dalla cura combinata di prolan-follicolina, eventualmente associate con gli ormoni del corpo luteo.

Nelle donne adipose precocemente amenorroiche si consiglia di dare per 3-4 giorni 6-9 mg. di tirossina per os, quindi per 3 giorni 80-200 unità topo di prolan. Nella artrite ovarica la terapia ormonica migliora oltre allo stato generale anche la mobilità delle articolazioni che abbiano cominciato ad anchilosare; nelle dermatosi e particolarmente nella psoriasi del climaterio danno buoni risultati gli ormoni della ipofisi anteriore.

Molti possono essere i fattori causali della dismenorrea: esistono anche casi di origine endocrina ovarica, si possono sperare però solo in pochi casi risultati da una terapia ormonica. Si somministrano l'ormone follicolare e l'ipofisario anteriore, ad ogni modo sono necessarie grandi quantità, alte dosi singole, e frequente ripetizione delle iniezioni.

Al determinismo del fluor possono contribuire dei fattori endocrini: in genere si preferirà però ricorrere alle cure locali, e riservare i tentativi di terapia ormonica ai casi di fluor non specifico di ragazze giovani, vergini.

Il prurito genitale è per lo più una conseguenza del fluor; nei casi di prurito essenziale si può sperare un miglioramento da una cura combinata di follicolina e ormone ipofisario anteriore.

Altro campo di applicazione della terapia ormonica è la sterilità; naturalmente si prestano a tali tentativi solo quei casi nei quali non esistono o vengono rimossi, gli ostacoli meccanici che impediscono il concepimento. Particolarmente adatta alla terapia ormonica è la sterilità dovuta ad ipoplasia genitale: ma si possono sperare dei risultati solo se la ipoplasia uterina è di lieve grado. La cura con ormoni follicolari e ipofisari anteriori molto attivi deve essere energica e protratta per lunghi periodi.

Nell'aborto abituale si può talvolta far continuare fino al suo termine la gravidanza, se si somministrano per os, fino al sesto mese di gravidanza, 2-4 volte al giorno 100 unità topo di follicolina.

L'azione ipertermizzante del prolan ha indotto ad usarlo anche nelle infiammazioni degli annessi: adatti a tale terapia sono sopratutto i processi poco estesi, subacuti o cronici. Nei primi 3 giorni si iniettano giornalmente 100 unità ratto, poi per 5-8 giorni, giornalmente 200 unità. Del resto le dosi vanno regolate a seconda delle reazioni individuali.

R. POLLITZER.

Insoliti errori diagnostici in tema di gravidanza extrauterina.

(G. LACOVARA. *La Clinica Ostetrica*, febbraio 1935).

Numerosi sono i casi di errori diagnostici ormai pubblicati fra la gravidanza extrauterina e le altre affezioni dell'apparato genitale.

ma solo pochi tra detta malattia e le numerose sindromi acute extragenitali dell'addome. L'A. ritiene perciò utile riferire intorno a tre casi da lui osservati.

Caso I: a. 29, coniugata; in pieno benessere fu colpita da forti dolori prima nella regione ombellicale e poi alla metà destra dell'addome, più intensi nel quadrante superiore destro ed irradiantisi al moncone della spalla destra. Non febbre; minzione ed alvo regolari. Mestruazioni sempre regolari: l'ultima in atto da due giorni.

L'esame obiettivo fece rilevare: cute e mucose un po' pallide, lingua umida, polso ritmico di frequenza 80. Dolore e difesa molto accentuati nel quadrante superiore destro dell'addome.

La pressione sul punto cistico provocava dolore vivissimo.

L'esame ginecologico fece rilevare solo modica dolenzia dei fornici. La diagnosi di gravidanza extrauterina fu scartata mancando le classiche lipotimie, essendo negativo l'esame obiettivo genitale, essendo il polso regolare e non frequente e per la sede del dolore. Si discusse invece se si trattasse di perforazione di ulcera gastro-duodenale oppure di colecistite acuta gangrenosa o di una appendicite sottoepatica e si rimase tuttavia perplessi per la assoluta mancanza di febbre e per le buone condizioni del polso. Fu praticata una laparotomia transrettale destra superiore che rivelò trattarsi di una gravidanza ectopica rotta con sede nella tromba di sinistra.

In questo caso i sintomi che potevano illuminare furono rilevati, ma erroneamente interpretati: il dolore tardivo elevato o segno di Laffont, presente sotto forma di dolore al Q. S. D. con irradiazione alla spalla destra e il segno del Douglas consistente nella dolorabilità provocata nel fornice posteriore.

Caso II: a. 30, nubile: entrò in ospedale in condizioni gravissime; pallore accentuato della cute e mucose, respiro frequente, polso non palpabile. La p. accusava dolori alla metà inferiore dell'addome. Vi era lieve perdita di sangue dai genitali. L'addome appariva meteorico, ovunque dolente alla pressione, di più nei quadranti inferiori, suono ottuso nelle parti declivi.

All'esame ginecologico i fornici erano dolenti. La p. era malata da quattro giorni con dolore al quadrante inferiore sinistro dell'addome, vomito, alvo chiuso, perdita di sangue dai genitali. Non mancanza, nè ritardo nelle mestruazioni. Fu posta senz'altro la diagnosi di gravidanza extrauterina e si intervenne con una laparotomia mediana sottoombellicale. Con sorpresa fu constatato trattarsi di strozzamento dell'intestino da briglia e si dovette resecarne un tratto gangrenato lungo m. 2,80.

L'A. è d'opinione che forse una ricerca anamnestica più accurata ed un esame obiettivo meno affrettato, (non fu possibile indugiarsi ad intervenire) avrebbero potuto evitare l'errore diagnostico.

Caso III: a. 30, donna di casa. Tre giorni prima di entrare in ospedale cominciò ad avvertire piccoli dolori al basso ventre, specie al Q. I. D. in corrispondenza ad una tumefazione erniaria (laparocele post-operatorio), la quale era divenuta irriducibile. Poco dopo cominciò il vomito e l'alvo si chiuse. I dolori aumentarono mano mano di intensità e si aggiunse pallore. Non febbre. Obiettivamente si rilevava nel quadrante inferiore destro, una tumefazione ovoidale a superficie liscia, irriducibile, dolente. L'esplorazione vaginale mise in evidenza solo un utero antiflesso e dolenzia in corrispondenza degli annessi di destra.

In questo caso la diagnosi esatta di gravidanza extrauterina fu prima posta come certa, ma poi era stata scartata per la mancanza di ritardo mestruale, di perdita di sangue dai genitali, di reperto genitale caratteristico, mentre il dato obiettivo dell'ernia dolente ed irriducibile fece pensare ad uno strozzamento erniario; ma per convalidare l'ipotesi mancavano alcuni segni molto importanti della occlusione come il guazzamento e il disegno di anse intestinali sulla parete addominale. Perciò fu ripresa la prima diagnosi che venne confermata dall'intervento.

La diagnosi della gravidanza extrauterina è abbastanza facile solo quando la sintomatologia è al completo. Quando o manca qualcuno dei sintomi importanti o qualcuno degli altri è di difficile interpretazione, si possono molto facilmente commettere errori di diagnosi. Comunque però non bisogna dimenticare che la crisi di interruzione di gravidanza extrauterina è sindrome di grande urgenza e non ammette indugi nell'intervenire, anche nell'incertezza della diagnosi. Vicentini.

Escara vulvo-vaginale da cristalli di solfato di rame introdotti in vagina a scopo antifecondativo.

(E. Forlini. *Riv. Ital. di Ginecologia*, febbraio. 1935).

Il rame è presente nell'organismo ed i suoi sali sono da esso tollerati in piccole quantità ed anche introdotti con gli alimenti. Ma gli ossidi e i sali di rame in dosi più forti possono produrre intossicazioni anche mortali, sia che giungano nello stomaco, sia che vengano inspirati sotto forma di polveri o goccioline.

Importanza particolare ha il solfato, largamente usato nell'industria e nella agricoltura. Esso viene adoperato anche in medicina come astringente e come caustico ed anche come

antidoto negli avvelenamenti da fosforo giallo.

L'azione caustica si esplica per l'affinità che esso ha per l'albumina dei tessuti con la quale si combina formando una escara dura. Sono stati riferiti casi di tentativi di aborto criminoso con iniezioni endouterine di soluzioni di solfato di rame. Kuhn ha illustrato un caso di una donna che per vincere la stitichezza si introdusse in vagina, credendo introdurlo nel retto, un cristallo di solfato di rame, che le causò una causticazione della mucosa vulvo-vaginale ed un forte edema alle grandi labbra con scolo di liquame grigio azzurro; nel contempo vi erano bruciore e dolori violenti ai genitali.

Non avendo trovato nella letteratura altri casi oltre questo, di lesioni vulvo-vaginali da cristalli di solfato di rame, l'A. ha ritenuto interessante illustrarne uno capitatogli alla osservazione.

Si tratta di una ragazza di 18 anni la quale introdusse in vagina alcuni cristalli di solfato di rame a scopo antifecondativo. Dopo circa 24 ore notò senso di peso e di calore all'ipogastrio ed in vagina, bruciore alla vulva e scolo dai genitali di liquame grigio azzurro. All'esame obiettivo si notavano sulla parte media ed inferiore delle grandi labbra delle piccole ulcerette irregolari, poco profonde, a margini netti ricoperte di una escara azzurrastra. Le piccole labbra erano edematose, divaricate e ricoperte sulla faccia interna da un tessuto necrotico grigio-azzurro che all'interno si continuava con la membrana imeniale e superiormente arrivava fino al clitoride. L'esplorazione fatta con un dito riuscì molto dolorosa e fece constatare che la mucosa della vagina era tumida ed indurita. Utero, annessi e parametri normali, ma dolenti. La p. restò in Clinica 22 giorni durante i quali fu curata con impacchi e lavande vaginali di acqua sterile. Al momento dell'uscita non si riscontrarono più ulceri sulle grandi labbra; la faccia interna delle piccole labbra appariva granuleggiante; l'ostio vaginale era retratto e ristretto.

L'A. eseguì l'esame chimico di un pezzetto di escara mediante calcinazione: il residuo risultò costituito da rame metallico e da sali di rame. Questo dimostra che il caustico si era combinato abbondantemente con l'albumina del tessuto vaginale. Riscontrò anche la presenza di rame nelle orine, il che sta a significare che una parte del solfato di rame era stata assorbita dai linfatici ed era passata in circolo. Fenomeni tossici notevoli non ne apparvero ad eccezione di un lieve risentimento renale, ma in compenso i guasti locali sono stati notevoli tanto più se si pensa che certamente il canale vaginale resterà ristretto da tessuto cicatriziale con conseguenze certo gravi in occasione di un eventuale parto.

VICENTINI.

Sulla flebite spontanea nel corso di miomi uterini.

(M. COTTE e J. MATHIEU. *Lyon Chir.*, n. 6, 1934).

Gli AA. comunicano alla Soc. Chir. di Lyon 4 casi di flebite della femorale uni- e bilaterali, sopravvenuti improvvisamente in pazienti portatrici di fibroma uterino, più o meno silente, più o meno voluminoso.

Gli AA. hanno prima atteso la cessazione completa del quadro flebitico e della temperatura e poi sono intervenuti asportando o il fibroma o l'utero fibromatoso.

Il tumore fu sempre trovato d'aspetto normale, senza traccia di disfacimento o di flogosi. Sempre furono trovati i segni di una pregressa flebite pelvica.

In base a tali osservazioni gli AA. concludono che il tumore il più delle volte non è infetto e quindi non rappresenta un focolaio settico da richiedere per sè un intervento d'urgenza, e che la flegmasia, secondaria a flebite pelvica con partecipazione secondaria delle vene degli arti inferiori, riconosce come causa un disturbato circolo venoso del piccolo bacino ed una localizzazione settica di una colibacillemia o enterococcemia d'origine intestinale o urinaria.

R. GRASSO.

UROLOGIA.

Idronefrosi con manifestazioni cliniche atipiche.

(J. M. BERGMAN e J. T. PRIESTLEY. (*Proc. of the Mayo Clinic*, 23 genn. 1935).

Il paziente che soffre di dolori addominali più o meno caratteristici di una data malattia presenta poche difficoltà diagnostiche, in quanto che i sintomi, se anche non patognomonici, guidano alle ricerche necessarie per la diagnosi. Notevoli difficoltà può invece offrire il paziente, che non richiama direttamente l'attenzione su un dato organo o viscere, per cui talvolta la vera malattia non viene nemmeno presa in considerazione per la diagnosi. Troppo spesso, il paziente dopo essere passato attraverso una trafila di medici e di terapie, viene sottoposto ad una laparotomia esplorativa; spesso è considerato come un neurastenico od un piagnucoloso cronico. Alcuni dei pazienti con idronefrosi unilaterale, provocata da occlusione intermittente nella regione della connessione uretero-pelvica, rientrano in queste categorie.

Generalmente l'idronefrosi risultante dall'occlusione ureterale acuta presenta una sindrome caratteristica associata con reperti urinari che rendono la diagnosi ovvia. Nei casi considerati dall'A., ciò non si verifica. Le consuete ricerche cliniche, come le analisi

delle urine e le solite radiografie non rivelano nulla di anormale. Il dolore è presente da vari anni, generalmente sordo, riferito anteriormente al quadrante superiore dell'addome, dal lato del rene affetto. Il dolore sordo non ha una localizzazione definita, ma è diffuso a tutto il quadrante addominale; può essere più o meno costante per vari giorni, ma generalmente dura soltanto poche ore, talvolta un giorno o due e poi scompare per ricomparire più tardi.

In casi in cui l'anamnesi è vaga e le ricerche di laboratorio danno risultati anormali, si potranno avere utili indicazioni dalla storia del dolore e specialmente dal modo con cui esso si risveglia secondo la posizione. Il passeggiare o lo stare in posizione eretta per un certo tempo aggrava notevolmente il dolore, mentre esso si calma bene col riposo, tanto più sul lato opposto del rene affetto; tale posizione può fare abortire l'attacco di dolore. Generalmente, i pazienti non danno da loro tali indicazioni, che è necessario domandare espressamente. Una storia di dolori di tal genere suggerisce la possibilità di idronefrosi, anche se l'urina e le radiografie non rivelano nulla di anormale.

L'A. riporta due casi del genere ed osserva che gli individui con idronefrosi di questo tipo sono di solito adulti fra i 20 e i 40 anni, con qualche anomalia congenita a cui si deve l'occlusione, generalmente alla connessione uretero-pelvica. I vasi anomali decorrono al polo inferiore del rene e tendono a strozzare l'uretere; oppure si può trovare un'inserzione laterale dell'uretere; tale era il reperto in uno dei casi. Spesso, l'occlusione della connessione uretero-pelvica è dovuta a vecchi processi infiammatori, angolazioni acute od inginocchiamenti dell'uretere. Talvolta, invece, si hanno delle bendelle fibrose che legano l'uretere alla pelvi e possono provocare una notevole ostruzione in tale regione. Più raramente, si tratta di ptosi renale, che provoca la ritenzione nella pelvi. Vi è poi un gruppo di casi, per i quali non si trova all'atto operatorativo nessuna condizione anatomica che spieghi la condizione. Alcuni AA. la attribuiscono ad una disfunzione neuromuscolare ed hanno consigliato come metodo di trattamento la simpatectomia; non vi sono però dati sufficienti per suffragare tale opinione.

La scelta dell'operazione, se cioè la plastica o la nefrectomia dipenderà da numerosi fattori, quali l'età del paziente, la funzionalità renale, l'eventuale infezione presente e la causa prima dell'idronefrosi. Con una buona valutazione di tali fattori, il trattamento sarà nella maggior parte dei casi soddisfacente.

Nella discussione seguitane, W. F. BRAASCH (*Ibidem*) osserva che, sebbene i dati clinici descritti possano richiamare l'attenzione sulla esistenza di un'eventuale idronefrosi, possono pure aversi senza compartecipazione renale. D'altra parte, pochi o punti dei sintomi subbiettivi che generalmente accompagnano l'idronefrosi possono aversi e questa costituisce un reperto accidentale nel consueto esame fisico od urografico.

Ora l'esaminare sempre con il cistoscopio e l'urografia ogni paziente che ha dei dolori ad uno dei quadranti superiori dell'addome porterebbe ad una perdita di tempo ed a spese gravi, con un risultato troppo spesso negativo. Tale procedimento può però essere adottato in cliniche bene organizzate ed il reperto di un numero anche piccolo di idronefrosi ne francherebbe la spesa. Ad ogni modo un'accurata anamnesi può ridurre di molto il numero dei pazienti da esaminare in tal modo.

Anzitutto, è da considerarsi la proiezione del dolore. Quando il paziente riferisce che il suo dolore si estende verso la metà della schiena, o sopra la scapola, od in basso, verso la coscia o la gamba, si può escludere in generale una lesione renale. Nell'idronefrosi, è raro un dolore costante, mentre è di solito intermittente. Raramente, esso peggiora in occasione delle mestruazioni e quando la paziente si lamenta di un aumento del dolore in tale occasione si può escludere l'idronefrosi. Soltanto in casi eccezionali si ha il sintoma descritto dai trattati, dell'oliguria durante il dolore, seguita dall'escrezione di abbondante quantità di urina, sintoma che è più frequente come disturbo funzionale.

La diagnosi dell'idronefrosi può essere fatta meglio di tutto con l'urografia escretoria, per cui la somministrazione orale del colore rende più agevole l'applicazione. Vi sono però dei casi, in cui la diagnosi si fa soltanto con l'esame cistoscopico e l'urografia retrograda. La cistoscopia può essere necessaria anche per accertare l'origine della piuria o dell'ematuria, se sono eventualmente presenti.

Particolarmente difficile è la determinazione di piccole idronefrosi; ad ogni modo, l'A. osserva che la ritenzione del colore per 20-30 minuti o più indica già una ostruzione ureterale. È poi necessario completare la diagnosi determinando il punto dell'ostruzione. La idronefrosi serotina è di solito determinata dall'ostruzione alla connessione uretero-pelvica, per vasi anomali, aderenze, angolazione dell'uretere. Ma l'ostruzione può aversi anche in altri punti dell'uretere, spesso in vicinanza della vescica e, d'altra parte, l'idronefrosi può aversi anche senza ostruzione, come nel caso di condizioni adinamiche dell'uretere o della pelvi. *fil.*

Sulla ritenzione urobilinemica nelle nefropatie.

(G. OLIVA e F. MASSIMELLO. *Arch. per le Sc. Mediche*, marzo 1935).

Nei pazienti affetti da sclerosi renale non compensata la concentrazione dell'urobilina

nel sangue suole essere superiore alla norma. Con l'aggravarsi della insufficienza si giunge ad un aumento ulteriore dell'urobilinemia, che tocca i valori massimi nello stato di coma uremico. L'iperurobilinemia è da ricondursi in parte a diminuita eliminazione, ma riconosce pure come meccanismo patogenetico, forse prevalente, lo stabilirsi di uno stato manifesto di insufficienza funzionale del fegato e pertanto va considerata, dal punto di vista dell'eziopatogenesi, come fenomeno coordinato all'accumulo nel sangue dei prodotti aromatici non svelenati.

Poichè in genere l'iperurobilinuria rappresenta un reattivo sensibilissimo e precocissimo di una lesione diffusa delle cellule epatiche, il riscontro di iperurobilinemia nelle gravi e croniche nefropatie preannunzia l'approssimarsi o l'istituirsi di quello stato di meiopragia epatica che suole chiudere fatalmente la scena della cronica insufficienza renale.

Sembra probabile che anche nei nefritici acuti l'eccesso di urobilina nel sangue, quando esiste, sia da imputarsi ad entrambi i fattori, renale ed epatico, con maggiore rilievo forse, nella maggioranza dei casi, della componente rappresentata dal disturbo di eliminazione renale. Nei pazienti in cui sussistono elevazioni termiche non può escludersi che lo stato febbrile di per sè non contribuisca indirettamente (per esaltamento del ricambio emoglobinico) e direttamente (lesione epatocellulare) a rendere più intensa la ritenzione urobilinemica.

L'aumento di urobilina nelle gravi forme scompensate di sclerosi renale, ed a maggior ragione nello stato uremico, non ha luogo soltanto nel sangue: esso è dimostrabile pure nel liquido cefalo-rachidiano.

Al quesito se la ritenzione di quantità cospicue di urobilina, quale suole verificarsi nelle condizioni morbose in questione, può ritenersi corresponsabile diretta o mediata della sindrome uremica, si deve rispondere negativamente, essendo la tossicità dell'urobilina minima, nè potendosi pensare ad un'azione di essa capace di inceppare i processi del metabolismo intermedio per azione di massa, come è stato supposto per l'aumento di urea, o ad un'alterazione della concentrazione osmotica del sangue da essa provocata, data la sua scarsa concentrazione nei liquidi organici.

Il valore del reperto di iperurobilinemia nei riguardi della diagnosi generica di nefropatia e di quella specifica di forma è scarso o addirittura nullo; notevole sembra invece, specie nel caso di pazienti affetti da cronica nefropatia, la sua importanza prognostica: il riscontro, nel siero di un nefrosclerotico in scompenso funzionale, di ritenzione urobilinemica, ci ammonisce che non è più lontano il verificarsi di quel disturbo funzionale del fegato donde proviene a sua volta la caduta delle facoltà svelenatrici dell'organo, l'accumulo di sostanze tossiche nel sangue ed in ultima analisi la causa scatenante dell'uremia. La patologica iperurobilinemia è in questi casi fenomeno precoce o precocissimo, precedendo con ogni probabilità la comparsa di tutti gli altri, allo stesso modo che in condizioni morbose differenti da queste e interessanti primitivamente il fegato la patologica urobilinuria suole precedere l'instaurarsi dei disordini a carico degli svariati metabolismi e le alterazioni a carico della crasi proteica del sangue.

Ben diverso naturalmente è il significato prognostico della iperurobilinemia nelle forme di epatonefrite nelle quali la lesione epatica è fin dal principio coordinata alla renale, e in genere nei casi di acuta glomerulonefrite.

C. TOSCANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

H. D'HOUR. *La radiologie des scissures pulmonaires.* Vol. di 170 pagg., corredato da 152 fig., 1934. G. Doin ed., Paris. Fr. 75.

Fino a poco tempo fa, ben poco si poteva dire in rapporto alle scissure polmonari e alla diagnosi delle possibili affezioni inerenti; anche in relazione alle scarse possibilità cliniche per raggiungerle con mezzi esatti d'esplorazione. Ora abbiamo sott'occhio una completa monografia che si occupa unicamente e particolarmente di questo argomento, basandosi sopratutto sui dati che fornisce la radiologia.

È una dimostrazione di più dell'importanza di questo metodo per l'esplorazione del polmone. Essa infatti non solo ci permette di stabilire in determinati casi patologici, la situazione dei bordi interlobari corrispondenti alle pareti, ma tutto il loro decorso fino alle regioni centrali, o perilari dei polmoni.

E a tal proposito è interessante anche per il medico pratico sapere che ad un'esatta esplorazione degli interlobi sono necessarie tecniche e proiezioni speciali, percui molto spesso lesioni anche grossolane possono sfuggire se, durante la radioscopia non ricorriamo a precisi e adatti artifici, e, ammaestrati dai risultati di questa, non mutiamo deliberatamente il portamento e la tecnica di proiezione radiografica, da quella standard che ormai pur troppo si va sempre più generalizzando (tanto più che l'esecuzione del radiogramma è spesso affidata al semplice personale tecnico).

Tutto ciò è esposto, spiegato, documentato con grande chiarezza nel libro di D'Hour. Il quale, a parte la trattazione precisa, completa, accurata, di tutti i capitoli riguardanti le varie lesioni interlobari desterà — crediamo — non poco interesse proprio per quella parte

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

che riguarda lo studio anatomico che l'A. ha condotto visualizzando gli interlobi con adatte sostanze di contrasto.

Solo gettando un'occhiata sui radiogrammi e sugli schemi rappresentanti le aree di proiezione delle scissure in visione frontale (e specialmente delle grandi scissure sia destra che sinistra) ci si può fare un'idea dell'ampiezza e della vastità di aree opache alle quali una lesione interlobare può dar luogo, aree che, dalla sola radiografia dorso-ventrale facilmente si riferirebbero a ben altra alterazione.

Insomma, come dice Langeron nella sua prefazione a questo libro, noi vi troviamo «del nuovo e del buono», due qualità che difficilmente si vedono accoppiate.

Gast. Mendolesi.

E. Meyer. *Pflanzliche Therapie.* Un vol. in-8°, di 202 pagg., cartonato. G. Thieme, Leipzig, 1935. Prezzo RM. 4.80.

La fitoterapia viene da qualche tempo rimessa in onore specialmente in Francia ed in Germania ed è giusto che, pur senza disconoscere i vantaggi che ci hanno portato i progressi della chimica, si utilizzino a dovere i prodotti naturali del nostro suolo, di uso millenario e che la scienza moderna ritorna ad apprezzare.

Un buon manuale per lo studio e le applicazioni pratiche della fitoterapia è questo del Meyer, primario di Medicina all'Ospedale di Berlin-Spandau. Si compone di due parti. Nella generale, esamina i fondamenti della fitoterapia (che trova le sue basi nella medicina popolare), ne delimita il campo di azione e dà i principî generali per la ricettazione, le dosi, ecc.

Nella speciale, tratta i singoli gruppi di malattie e di sintomi, con le relative indicazioni di fitoterapia e, da ultimo, dà oltre 300 ricette di erbe e loro prodotti. *fil.*

L. Vannier. *La pratique de l'Homoeopathie.* Editori G. Doin e C., Parigi. Prezzo Fr. 65.

In questo libro è ben precisata la posizione dell'omeopatia.

Essa si distingue dalla medicina ordinaria non solo per l'indirizzo terapeutico, che poi non è quello solo della piccolezza delle dosi, ma anche per le concezioni patologiche ed il metodo clinico.

L'esposizione è chiara e precisa, e consente di rendersi conto rapidamente della dottrina e della pratica omeopatica. Dr.

La Fondation Rockefeller. Rapport annuel, 1933. Un vol. in-8°, di 498 pagg. con numerose tav.

È l'edizione francese del rapporto annuale sull'attività della benefica e munifica Fondazione Rockefeller. Come di consueto, oltre la sezione amministrativa, è diviso in cinque parti, riguardanti: l'igiene internazionale, le scienze mediche, quelle naturali, quelle sociali e la sezione umanistica.

Il 1933, osserva il Presidente della Fondazione, M. Mason, è stato caratterizzato in molti paesi da difficoltà economiche, sociali e politiche, che hanno fatto sorgere dei problemi d'interesse nazionale ed internazionale. Ed una Fondazione destinata al benessere dell'umanità non poteva rimanere indifferente ai più urgenti problemi attuali ed essa ha, pertanto, studiato alcuni soggetti limitati che si connettono più direttamente ai problemi generali (igiene mentale, struttura e processi economici, malattie ambientali, comprensione culturale internazionale) ed ha inoltre creato un fondo per i lavori suscitati dalla situazione attuale e per gli scienziati che, in Europa, sono stati spostati per ragioni politiche, interrompendo così importanti lavori scientifici. L'opera della Fondazione si va quindi facendo più vasta adeguandosi sempre ai bisogni del momento. *fil.*

Acta medica italica. Fasc. I. *Le Università italiane.* Un vol. in-8°, di 168 pag., con molte fig. Uff. Stampa medica italiana, Milano. Prezzo L. 10.

Il prof. P. Piccinini, con la sua infaticabile attività e fedele al suo motto « Italicus, italica volo », inizia con questo numero la raccolta di monografie storiche e di attualità a scopo di rivendicazioni e di propaganda italiana. Il bel fascicolo che abbiamo davanti è dedicato alla storia di tutte le Università italiane, dalla fondazione ai nostri giorni, storia gloriosa che risale fino al 1025 (Parma) e che si continua oggi nella febbre di rinnovamento e di continuo miglioramento, in armonia con l'atmosfera propizia creata dal Regime. La monografia, che interessa tutti gli studiosi, ha indubbiamente richiesto un lavoro notevole d'indagine ed è per noi italiani motivo di compiacimento dimostrando, se ce ne fosse ancora bisogno, che le nostre università sono le più antiche e le più gloriose nella storia mondiale delle scienze e della civiltà. *fil.*

H. Pons. *Les septicémies à bacille perfrigens.* Un vol. in-8° gr., di pagg. IV-195, con 1 tav. a colori e 12 figure. Librairie J.-B. Baillière, Parigi, 1935.

Premessi alcuni dati storici, l'A. espone le conoscenze batteriologiche attuali, precisa l'azione patogena del *perfrigens* e passa in esame le principali osservazioni che possono valere allo studio patogenetico. Riferisce poi due osservazioni personali di setticemia post-abortiva da *perfrigens*, accompagnantisi ad ittero; correda queste osservazioni con ricerche anatomopatologiche e sperimentali. In ultimo, l'A. tenta una sintesi delle nostre conoscenze sull'argomento.

A. P.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 18 dicembre 1934.

Presidente: Sen. Prof. G. PASCALE.

Azione delle lipasi polmonare ed epatica sui lipidi del bacillo tubercolare.

RORDORF R. — Il problema dell'esistenza di lipasi capaci di scindere i lipidi del bacillo tubercolare ha importanza teorica e pratica: teorica, giacchè è naturale pensare che i lipidi tubercolari, avendo una struttura tanto particolare (Anderson e collaboratori), debbano richiedere speciali enzimi per la loro scissione e per la loro sintesi; pratica, perchè si sono spesso indagate le eventuali relazioni fra le lipasi dell'organismo e la resistenza di questo all'infezione tubercolare, e si è cercato di provocare la formazione di tali enzimi a scopo terapeutico.

L'O., che in una serie di ricerche precedenti ha potuto dimostrare l'esistenza nel polmone normale di una vera lipasi ed ha osservato che il titolo lipasico non varia nella tubercolosi sperimentale, ha studiato l'azione dei suoi preparati di lipasi polmonare sui lipidi solubili in acetone dei bacilli tubercolari ed il comportamento della lipasi del fegato di animali sia normali sia tubercolotici in rapporto ai comuni gliceridi ed ai lipidi tubercolari. Dalle sue ricerche, eseguite col metodo manometrico di Warburg, risulta che gli estratti enzimatici, preparati secondo Willstater, di polmone e di fegato di conigli normali e tubercolotici, non contengono enzimi capaci di scindere i lipidi solubili in acetone del bacillo tubercolare. L'attività tributirrasica e lipasica del fegato, determinata titrimetricamente, risulta diminuita durante l'infezione tubercolare sperimentale, senza per altro che vi siano appprezzabili differenze tra il contenuto di enzimi nei vari stadi dell'infezione.

Sulla permanenza del bacillo tifico negli strati superficiali del terreno.

ASCIONE G. — L'O. riferisce alcune esperienze dalle quali risulta che il bacillo tifico resiste più a lungo in vita nel terreno ricco di *humus* anzichè in quello sabbioso concordemente a quanto precedenti ricercatori hanno dimostrato. Tale resistenza inoltre è notevolmente maggiore negli stessi terreni precedentemente sterilizzati in autoclave. Prescindendo dunque dalla composizione chimica del terreno, la concorrenza vitale degli altri germi rappresenta un fattore non trascurabile nella permanenza del bacillo di Eberth nel suolo. E poichè le esperienze sono state condotte su terreno prelevato in superficie ed alla profondità di circa 50 cm., e da esse risulta che il bacillo tifico resta più a lungo in vita nel terreno profondo, è logico dedurre che la flora batterica prevalentemente anaerobica, quale è quella che si ritrova negli strati superficiali, esplica azione dannosa sulla vitalità del bacillo di Eberth.

Risulta dunque dimostrato che la permanenza del bacillo tifico nel suolo, oltre che con gli altri fattori, è in rapporto con la composizione chimica del terreno e con la qualità della flora batterica.

Seduta del 26 gennaio 1935.

Sul quesito se determinate lesioni da arma da fuoco siano il prodotto di ferimento volontario o di accidentale esplosione.

PALMIERI V. M. — Si rinviene abbandonato in un casalore un ragazzo di otto anni, gravemente ferito al mento ed al collo, da arma da fuoco.

Durante l'istruttoria, vengono prospettate due versioni nettamente opposte sulla origine di dette lesioni, e precisamente, secondo l'una, che esse fossero dovute a ferimento volontario perpetrato dallo stesso padre del ragazzo, poi datosi alla fuga; secondo l'altra, che fossero il prodotto dell'accidentale esplosione di un proiettile di rivoltella, lasciato cadere nel fuoco dallo stesso ragazzo, che con esso si baloccava. Vi erano referti, testimonianze e perizie a favore di ambedue le ipotesi.

Chiamato a chiarire — a dieci mesi dal fatto — il delicatissimo caso, l'O. ha proceduto ad accertamenti clinici, nonchè — con la collaborazione di un esperto in materia — ad esperimenti balistici, tentando di riprodurre i fatti come si sarebbero svolti secondo le due versioni.

Dal risultato degli uni e degli altri, l'O. ha tratto la convinzione che fosse da rigettarsi l'ipotesi della esplosione accidentale e ne ha illustrato i motivi.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Adunanza del 7 febbraio 1935-XIII.

Presidente: Prof. F. A. FODERÀ.

Su di un particolare reperto culturale in un caso di tubercolosi vegetante.

Prof. F. FLARER e Dott. M. CARUSO. — Descrizione e presentazione di una manifestazione granulomatosa cronica con fatti ulcerativi e formazioni microascessuali, datante da molti anni alla natica di un soldato.

Le culture dal tessuto hanno dato luogo allo sviluppo di Bacillum Megaterium in cultura pura; l'intradermoreazione con sospensione del germe e le prove di flocculazione al germe sono positive.

Il tessuto inoculato in cavia ha dato luogo ad una adenite tubercolare con bacilli di Koch.

Discussione del valore patogenetico del Megaterium o Schizosaccaromices (Benedeck).

La siero-coagulazione di Weltmann nelle malattie nervose e mentali. Nota IIa.

V. LONGO. — Trattasi della continuazione di ricerche, di cui il primo gruppo è stato già comunicato nello stesso bollettino. In questo secondo gruppo di ricerche si è sperimentato, oltre che con la reazione di Weltmann al cloruro di calcio, anche adoperando un altro elettrolita (cloruro di bario) nelle stesse proporzioni del cloruro di calcio.

I risultati, ottenuti da un numero maggiore di soggetti, confermano, in linea generale, i dati comunicati precedentemente.

La prova eseguita col cloruro di bario si manifesta con una modalità di coagulo-flocculazione diversa rispetto a quella col cloruro di calcio ed ha costantemente fornito risultati più precisi di quella col metodo originale di Weltmann.

Dati comparativi tra la siero reazione di Weltmann e la prova del rosso Congo di Adler e Reimann.

S. PLATANIA. — L'O. in 86 aa. di malattie mentali ha comparato le due prove. Dai risultati avuti deduce che senza volere negare una relazione tra la Weltmann e l'attività funzionale del sist. r. e., il che anch'egli ritiene pure bisogna ammettervi l'intervento di qualche altro fattore x, data la non costante concordanza.

Le due prove vanno quindi utilizzate a fianco nello studio umorale delle varie sindromi morbose. Utilizza inoltre i casi sperimentati per apportare un nuovo contributo della propria scuola allo studio delle sudette due prove. Per i dati della Weltmann rimanda alla relativa comunicazione di Longo, nota 2ª. Per la prova del rosso Congo trova che i dati da lui ottenuti concordano con quelli trovati dagli altri ricercatori nella demenza precoce, paralisi progressiva ed epilessia, mentre se ne discostano un poco nella frenestenia.

Il comportamento dei segni dell'iperattività midollare nel circolo periferico durante l'accesso febbrile malarico

LEO PAOLAZZI e STENIO DELEONARDI. — Gli OO. hanno studiato il comportamento dei reticolociti, degli eritrociti minimo e massimo resistenti e del diametro eritrocitario medio prima e durante l'accesso febbrile malarico. Essi notarono che non si verifica alcun aumento dei reticolociti, e che sono incostanti anche le modifcazioni dei globuli minimo e massimi resistenti e del diametro eritrocitario medio. Essi inoltre rilevarono che una serie di accessi malarici non modifica un tasso di reticolociti già precedentemente elevato, nè questo tasso si abbassa a distanza di tempo dall'estinzione degli accessi mediante chinino.

Per questi risultati e per considerazioni in proposito, gli OO. ritengono che anche nella malaria acuta, oltre l'emodistruzione protozoaria, agiscano quei fattori anemizzanti responsabili dell'anemia nella malaria cronica.

Esplorazione del sistema reticolo-endoteliale col rosso Congo nei tumori maligni umani.

Prof. Dott. S. BARBERA. — L'O. ha esplorato la funzionalità del sistema reticolo-endoteliale in 10 casi di tumori maligni umani, senza cachessia, con la prova di Adler e Reimann. Ha trovato una deficienza funzionale di grado vario ma costante, con un indice di ritenzione medio di 84,68 %.

Il Segretario: Prof. G. DI MACCO.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta dell'8 marzo 1935.

Presidente: Prof. A. PENSA.

Studio del volvolo gastrico.

G. S. DONATI. — L'O. espone un caso di volvolo gastro-duodenale cronico, intermittente, parziale, organo-assiale, isoperistaltico in uno stomaco ectasico e ptosico affetto da ulcera callosa della piccola curvatura e da stenosi tubulare piloro-duodenale di alto grado. Dal punto di vista della patogenesi il caso dimostra la possibilità della coesistenza più fattori intrinseci ed estrinseci, quali la sclerosi dell'epiploon gastro-epatico, la ptosi ed ectasia dello stomaco, l'ipercinesi ed ipertrofia della muscolatura gastrica e l'abnorme mobilità del piloro. A quest'ultima condizione sopratutto l'O. crede di poter attribuire molta importanza patogenetica e ricorda come la struttura istologica e la conformazione del tratto piloro-duodenale stenosato facciano pensare ad alterazioni precedenti anzichè secondarie al volvolo. Clinicamente non fu posta la diagnosi di volvolo perchè non vi era nessuna sintomatologia tipica nè erano stati rilevati segni radiologici che potessero farne nascere il sospetto.

La terapia fu demolitiva e consiste in un'ampia resezione gastro-duodenale.

Contributo alla diagnosi dei traumi chiusi del rene.

G. S. DONATI. — L'O. passa in rassegna gli elementi più importanti della diagnosi delle lesioni traumatiche chiuse dei reni e discute del valore di alcune ricerche soffermandosi in particolare sulla pielografia discendente. Insiste sui grandi vantaggi che si possono da essa ricavare sia dal punto di vista diagnostico che prognostico e terapeutico e sul suo significato funzionale. Riferisce di due casi di traumi renali chiusi studiati colla pielografia discendente che diede preziosi risultati senza che mai si avessero incidenti.

Le apofisiti suppurate.

Prof. FAUSTO LEINATI. — L'O. descrive tre casi di apofisite suppurata da lui operati. Riporta gli altri 26 casi pubblicati finora ed inquadra la particolare forma morbosa nella sua eziopatogenesi, sintomatologia clinica e terapia.

Sulla eziopatogenesi della mesenterite retrattile.

Dott. A. SCALFI. — L'O. dopo aver descritto un caso di mesosigmoidite retrattile in donna affetta da carcinoma del sigma, si prospetta il problema eziopatogenetico della mesenterite retrattile. Con ricerche sperimentali di indole batteriologica ed istologica, tende a dimostrare che la mesenterite retrattile provocata mediante la legatura di un ramo di vena mesenterica non è un processo infiammatorio sostenuto da germi patogeni, ma probabilmente un processo infiammatorio irritativo da sostanze tossiche. Con altre ricerche sperimentali dimostra che in un determinato momento nel sangue della vena mesenterica legata esiste una sostanza tossica di probabile origine intestinale per cui un ematoma formato tra le pagine del mesentere con tale sangue, al di fuori di ogni altro meccanismo, è in grado di riprodurre quadri iniziali di mesenterite retrattile, se pure di intensità assai modesta. Dimostra inoltre che in via sperimentale iniettando nello spessore del mesentere sostanze tossiche di origine intestinale, si può ottenere una tipica mesenterite retrattile.

Su un caso di linfangioma semplice dell'epididimo.

Dott. A. SCALFI. — L'O. descrive un caso di linfangioma semplice dell'epididimo nelle sue peculiarità cliniche ed anatomo-patologiche. Discutendo le teorie patogenetiche sull'argomento, si sente portato per più considerazioni a ritenere il linfangioma una neoplasia omoplastica benigna avente per punto d'origine vasi linfatici preesistenti.

Su alcune particolarità di struttura della membrana sinoviale.

F. VACIRCA. — L'O. studiò la struttura istologica dei tessuti sinoviali in alcune articolazioni di animali di piccola e grossa taglia (tritone, ca-

via, ratto, coniglio, cane, pecora, vitello, cavallo, asino) collo scopo di stabilire quali differenze esistessero tra i tessuti sinoviali appartenenti ad animali di specie diversa.

Il Segretario: INTROZZI.

Società di Medicina e Scienze Naturali di Parma.

Seduta del 21 febbraio 1935.

Presidente: Prof. A. CHISTONI.

La radiologia nei traumi del rene.

E. BOCCHI. — L'O. ricorda brevemente le difficoltà che si oppongono ad una valutazione clinica dell'entità della lesione in un rene traumatizzato; fa rilevare la importanza della valutazione esatta ai fini terapeutici e, presentando alcuni radiogrammi, dimostra la utilità dell'esame urografico in questa affezione chirurgica.

Discussione: Prof. R. BRANCATI.

R. JONATA. — *L'ossificazione della colonna vertebrale nel feto umano.*

Discussione: Prof. G. FALDINI.

Sul meccanismo dell'azione antidotica fra cianogeno e bleu di metilene.

A. CHISTONI. — L'O. in seguito a ricerche sperimentali, viene alla conclusione che il bleu di metilene nella cavia e nel cane, avvelenati con cianuro di potassio, dimostra azione antidotica curativa tale da potere salvare da sicura morte animali intossicati al massimo con dosi di poco superiori alla minima mortale e già in preda ad avanzata sintomatologia tossica. Per dosi superiori di veleno, 1,5 mortali, i sintomi dell'intossicazione scompaiono temporaneamente, ma dopo qualche tempo riprendono e si giunge all'esito letale. Veramente notevole è l'azione antitossica preventiva del bleu di metilene nell'avvelenamento da cianogeno per dose minima mortale o poco più, che nella cavia ha la durata di alcuni giorni e nel cane di 36 ore. Riguardo al meccanismo col quale si avvera tale antidotismo, non crede si possa spiegare con l'ammettere formazioni di metaemoglobina da parte del bleu di metilene, il quale *in vivo* la provoca solo in dosi assai elevate e di per se stesse tossiche, e tanto meno formazione di cianmetaemoglobina. Come pure non può ammettersi la utilizzazione dello zolfo del bleu per la trasformazione del cianogeno in solfocianato. È invece verosimile che tale antidotismo sia dovuto a processi ossidativi prodotti direttamente ed indirettamente dal bleu di metilene sul cianogeno ed anche a probabile concomitante combinazione labile fra il bleu ed il tossico. Di tutti gli antidoti conosciuti per combattere l'avvelenamento da cianogeno, il più efficace è sempre il tetrationato di sodio di cui il bleu di metilene dovrebbe essere un coadiuvante. Quest'ultimo ha una considerevole azione preventiva e la sua somministrazione, anche per via orale, a coloro che per speciale professione vanno facilmente in contatto con prodotti del cianogeno, e quindi possono contrarre intossicazioni, può essere un mezzo profilattico per evitare intossicazioni letali.

Discussione: Proff. A. MARRASSINI, B. TRAMBUSTI, P. MARGINESU, dott. GIUSEPPE MORUZZI.

Antidotismo fra cianogeno e sostanze ossidanti

C. BRAGA. — L'O. comunica il risultato di sue ricerche sperimentali utilizzando come antidoti nell'avvelenamento da cianuro di potassio il nitrito di sodio. Egli ritiene che l'antidotismo avvenga in seguito al potere ossidante del nitrito. Anche altre sostanze ossidanti, come il nitrato di sodio ed il permanganato di potassio, posseggono azione antidotica nell'avvelenamento da cianuro. Ma il permanganato non può trovare utile impiego per la sua particolare azione tossica secondaria dovuta al biossido di manganese che si forma nell'organismo, ed anche il nitrito di sodio non lo ritiene consigliabile per la sua azione ipotensiva, che addizionandosi a quella già provocata dal cianogeno, può produrre gravi fenomeni anche mortali a carico dell'apparato cardio-vasale.

Il Segretario: C. BRAGA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le vaginaliti.

Le forme acute sono rare e costituiscono un epifenomeno di un'infiammazione della vicinanza; sono quindi d'importanza secondaria.

Le croniche si dividono in:

A) *Sierose (Idrocele)*. La forma *semplice* è frequente, poco grave e di facile guarigione. Caratterizzata dalla presenza di liquido tra i foglietti della vaginale, è stata a lungo considerata come « essenziale » ed è dovuta a lesioni insignificanti, generalmente inavvertite in vicinanza; talvolta la sifilide, più spesso la tubercolosi; in generale, quasi tutte le malattie del testicolo si accompagnano a versamenti che, quando sono minimi non interessano.

Il malato si lamenta soltanto dell'aumentato volume della sua borsa, che può essere tale da fare quasi scomparire la verga; la pelle dello scroto perde le sue rughe, ma conserva un aspetto normale. La forma è talora di pera, ma può anche essere bilobata. Il tumore non rientra nel canale inguinale ed, alla palpazione, dà la sensazione di tensione, di renitenza e di fiotto. Caratteristico è il segno della transilluminazione.

Per il *trattamento*, alcuni praticano la sola puntura seguita da iniezione di una sostanza irritante (tintura di jodio) che vi si lascia per qualche istante. Tale procedimento ha però degli inconvenienti: il dolore abbastanza vivo, la possibilità di gangrena e di recidive. Uteau, pertanto, (*Journ. des praticiens*, 9 febbraio 1935) vi preferisce l'incisione con il rovesciamento della vaginale, che permette di verificare anche lo stato degli organi. Dall'esame del liquido si possono trarre delle conclusioni: predominanza di linfociti = tubercolosi, di polinucleari = blenorragia; coagulazione all'agitazione con cloroformio = idrocele con lesioni.

L'idrocele congenito (comunicante, cistico) va soprattutto distinto da quello essenziale per il trattamento; esso, salvo per il bambino in cui si può avere la guarigione spontanea, va operato anche perchè coesiste spesso l'ernia.

B) *Emorragiche*. (Ematocele, pachivaginalite emorragica). L'involucro della vaginale reagisce come tutte le sierose, con una secrezione di natura sierosa, purulenta (raramente in questo caso), emorragica e con la modificazione anatomica dei tessuti. Gli involucri vaginali si inspessiscono e le loro cellule di rivestimento desquamano, lasciando dei bottoni carnosi irrigati da vasi di neoformazione e, quindi, poco solidi. Ne viene che ad ogni aumento della tensione sanguigna si rompono facilmente le loro pareti fragili, da ciò la natura sanguigna del versamento. I coaguli si depositano in strati che aumentano lo spessore della membrana dal lato interno come anche dall'esterno. Il connettivo diventa cicatriziale, si sclerosa e può diventare duro; si può formare del tessuto cartilagineo ed anche osseo.

La cavità diventa considerevole, piena di coaguli e di sangue decomposto; nel testicolo può svilupparsi un'orchite sclerosa.

Tali lesioni sono, per lo più, consecutive ad un idrocele acuto; dei piccoli traumatismi lo sviluppano; eccezionalmente le lesioni citate compaiono più o meno improvvisamente e sono date da tubercolosi o da sifilide.

Trattasi di una malattia dell'età matura, che non provoca dolori. Si differenzia dall'idrocele semplice per mancanza di trasparenza. Nelle forme evolute, l'epididimo non è più riconoscibile e non si può più pinzettare la sua testa e nemmeno prendere fra due dita la vaginale.

L'evoluzione è lenta, ma non retrocede; molto raramente può infettarsi. In questa affezione, è necessario l'intervento che è senza gravità. Si incide e si asporta il contenuto, liberando, se è possibile, il testicolo; nei casi troppo avanzati, si ricorrerà alla castrazione. Prima di operare il malato, però, si ritirerà la dichiarazione scritta. *fil.*

La cura dell'ernia.

Dei due metodi di trattamento, rileva G. Keynes (*Practitioner*, dicembre 1934), col cinto e con l'operazione, il primo è in mano a fabbricanti le cui conoscenze chirurgiche sono scarse, l'altro è senza successo in una larga proporzione di casi.

Cura del cinto. Spesso questa cura viene male eseguita perchè il malato non è dal medico bene indirizzato nella scelta, oppure perchè recatosi spontaneamente in un negozio di cinti ne esce con un apparecchio che ha il solo pregio di essere molto economico, o ancora perchè si lascia raggirare da uno dei tanti ciarlatani.

Quando esistano le indicazioni all'uso di un cinto, questo dovrà essere di buon acciaio, solido, elastico e leggero.

Bisogna rifuggire dai cinti a buon mercato i quali non possono avere i requisiti richiesti.

Cosa molto efficace, qualora venisse effettuata, sarebbe la stretta collaborazione fra il medico pratico e il fabbricante di cinti, poichè il primo conosce le indicazioni del cinto ma non la particolarità di costruzione, e viceversa il secondo.

Cura con l'operazione. Mentre l'applicazione del cinto è cura palliativa, la cura chirurgica è fondamentale.

Quando si tratti di ernia inguinale indiret-

ta, l'intervento, virtualmente standardizzato, consiste nella Bassini modificata.

I risultati sono considerati come ottimi, ma purtroppo basandosi più sull'impressione che sui fatti stabiliti seguendo gli operati per lungo tempo. Max Page recentemente ha comunicato all'Associazione Medica Britannica che, anche nei soggetti più favorevoli, la recidiva è del 20 % per l'indiretta e del 25% per la diretta.

La causa di queste recidive sta principalmente nel fatto che si è troppo standardizzato un tipo di intervento per tutti i vari tipi di ernia aventi caratteri anatomici diversi. Ogni tipo di ernia deve essere ben studiato in modo da eseguire una completa ed efficiente ricostruzione della parete addominale.

La scelta dell'anestetico deve essere ben vagliata. Trattandosi di persone spesso vecchie, obese, con catarro bronchiale cronico, la rachianestesia bassa con percaina è vantaggiosa, anche perchè di lunga durata.

L'anestesia locale rende pure buoni servigi, anche nelle ernie molto vaste.

Il non intervento resta così limitato ad individui in condizioni gravi prossimi a morte e a quelli con ernie così estese da far pensare che i visceri non potrebbero rientrare nella cavità addominale, cosa però eccezionale.

L'ernia femorale più dell'inguinale è passibile di cura chirurgica efficace e in essa la necessità dell'operazione è più forte, dato il maggior pericolo di strozzamento.

L'ombelicale rappresenta uno dei problemi più difficili della chirurgia dell'ernia. Anche facendo uso della miglior tecnica la recidiva è frequente perchè spesso si tratta di individui obesi con forte tensione addominale.

Nelle ernie post-operatorie la bontà del risultato dipende completamente dalla pazienza dell'operatore e dall'accuratezza della tecnica, associate alla scelta dell'anestetico.

In conclusione, ogni ernia deve essere considerata come un problema individuale. Solo così è possibile tentare di raggiungere il completo successo terapeutico. M. RASTELLI.

Iperparatiroidismo dovuto alla iperplasia diffusa di tutte le glandole più che all'adenoma di una sola.

F. Albright, E. Bloomberg, B. Castleman e E. Churchill (*Arch. of int. Med.*, settembre 1934) riferiscono 3 casi clinici in cui l'intervento operatorio e l'esame del materiale asportato dimostrò la presenza di un'iperplasia diffusa e uniforme del tessuto di tutte le glandole: in questi casi l'iperplasia non era giustificata da alcun bisogno di ormone, ma era primitiva e, in quanto associata a segni di iper- e disfunzione, doveva considerarsi una vera e propria entità morbosa, alla stessa guisa di un adenoma iper- e disfunzionante della tiroide.

Non è improbabile che l'iperplasia sia legata all'intervento (magari in eccesso) di un fattore paratiroideo stimolante, pure derivante dal lobo anteriore dell'ipofisi [cui sono oggi attribuite tante e diverse attività - *N. d. R.*].

La cura chirurgica, consistente nell'allontanamento di alcune delle ghiandole iperplastiche, risultò di sicura efficacia. V. SERRA.

Gli estratti paratiroidei nell'ozena.

A. A. Briani (*Il Valsalva*, genn. 1934) esamina il tormentato problema della patogenesi nell'ozena e ritiene che questa possa essere in rapporto con una deficienza funzionale delle paratiroidi, in stato di meiopragia da tare congenite ed acquisite, manifestantesi nel momento in cui tali ghiandole sono chiamate a maggior lavoro (calcificazione delle ossa, pubertà).

La deficienza dell'ormone paratiroideo si manifesterebbe, oltre che con alterazioni scheletriche, con la presenza di costituenti tossici causati da incompleto ricambio e capaci di determinare disturbi trofici delle mucose e disordine funzionale del sistema nervoso vegetativo. Il fetore potrebbe essere provocato da presenza nella secrezione nasale di qualche elemento derivante dall'alterato ricambio proteico. La diminuzione dei poteri naturali di difesa favorirebbe lo sviluppo della flora batterica.

In base a tali concetti, l'A. ha praticato delle iniezioni di ormone paratiroideo aproteinico, estratto e dosato col metodo di Collip, accompagnato da iniezioni di calcio. Ne ottenne i seguenti risultati persistenti a distanza anche di oltre due mesi: immediato benefico effetto sul fetore, successivamente scomparso, distacco delle croste, turgore ed umidità della mucosa, notevole miglioramento delle condizioni generali, normalizzazione della calcemia.

fil.

Erpetoterapia.

In una rivista bene aggiornata e ricca di dati, L. Verney (*Igea*, febbraio 1935) dà il nome di erpetoterapia all'impiego terapeutico dei veleni e di altri prodotti derivati dai serpenti.

Il primo posto spetta all'uso del veleno dei serpenti per la cura delle algie che accompagnano i tumori maligni. Le preferenze vanno al veleno di cobra.

Se ne ottengono, con frequenza, azioni analgesiche decise, le quali persistono fino 8-10 giorni, risultati che non possono conseguirsi usando altri rimedi; indirettamente migliora lo stato generale. Le azioni sullo sviluppo dei tumori, invece, sono dubbie o mancanti: non si deve attendere, da questa terapia, più di quanto può dare.

Sono stati sperimentati con successo anche i veleni di altri serpenti, compresa la vipera comune. V'è di più: l'estratto della pelle di questo rettile, e probabilmente anche di altri, esercita un'azione analoga a quella del veleno; tale azione va ascritta ad un lipide. (L. Piton e Dodet).

Si è tentata la nuova terapia anche nei dolori della tabe: N. T. Koressios e F. Negro ne hanno trattato 13 casi, di cui 11 sono migliorati.

Un altro impiego è stato fatto per il trattamento delle emorragie; a tale riguardo conviene rilevare che i veleni di alcuni serpenti sono emorragipari: così quello di cobra; invece altri attivano la coagulazione: così quelli di *Lachesis atrox* (usato da G. Vellard e Miguelotte-Vianna), di *Ancystrodon piscivorus* (usato da S. M. Feck e M. A. Goldberger), di *Vipera russelii* (usato da R. G. MacFarlane e B. Burnett); trovano indicazione nelle emorragie ginecologiche, nell'emofilia ecc.

Il veleno ofidico faceva già parte degli armamentari farmaceutici dell'antichità; ma era caduto in dispregio, come quasi tutta l'antica farmacopea. Esso è in uso presso molti popoli primitivi ed è prescritto in omeopatia. Le nuove applicazioni differiscono dalle precedenti in ciò, che ora il rimedio si usa per via parenterale e non perorale. A. P.

Sulla sieroterapia della difterite maligna

Sulla sieroterapia della difterite maligna varie e talora opposte sono le opinioni dei varî AA. Alcuni come Szirmai, Hesckscher, Stanley Banks e Mc. Craken e Schmidt si attengono a dosi molto elevate (Szirmai per es. nelle forme maligne raggiunge anche 400.000 U.I.); altri come Pagani-Cesa, Comby, Anciello, Cassa impiegano dosi medie. Hottinger, Wolff e Falkenheim sono recisamente contrari alla posologia elevata. Falkenheim dà più importanza all'intervento precoce che alle dosi massive di siero.

G. Tron (*Riv. di Clinica Pediatrica*, marzo 1935), dietro l'osservazione clinica di 179 casi di difterite maligna, consiglia l'intervento precoce e l'impiego di dosi elevate, oscillanti sulle 200.000 U.I. La sieroterapia a dosi basse o medie diede una mortalità del 78 %, mentre con dosi elevate di siero (150-240.000) la letalità scese a 40 %. È interessante notare che l'A. non ebbe a registrare nessun disturbo da dosi massive di siero. DE MURO.

SEMEIOTICA.

La porpora come segno premonitorio di tubercolosi.

Nei tubercolosi, oltre alla porpora che si osserva nella forma acuta granulica, si hanno delle porpore croniche, ad attacchi indefiniti, che si risvegliano a lunghi intervalli e che sarebbero, secondo Bensaude, sintomatiche di una tubercolosi fibrosa.

In individui giovani, la comparsa di una porpora subacuta o cronica ad attacchi deve, quindi, richiamare l'attenzione sulla possibilità di una tubercolosi polmonare. Spesso, si tratta di individui magri ed astenici. Un esame accurato clinico e, possibilmente, radiologico deve verificare la integrità dei polmoni e delle pleure. Se esistono dei sintomi che permettono qualche sospetto, si farà bene a consigliare un riposo per un po' di tempo, in campagna, poichè non è eccezionale il vedere manifestarsi più tardi una forma di tubercolosi polmonare. Quindi, invece di considerare tale porpora come banale, ortostatica, o di origine solare, tener presente la possibilità che si tratti di origine tubercolare.

(*Journ. des praticiens*, 9 febbraio 1935).
fil.

MEDICINA SOCIALE.

Azione tossica della calciocianamide nei lavoratori agricoli.

Fra i concimi chimici C. Coruzzi (*Athena*, febbraio 1935) osserva che uno tra i più usati è la calciocianamide. Importante ma non ancora completamente risolto è il problema se questa sostanza abbia una azione nociva sul lavoratore agricolo. La calciocianamide del commercio contiene il 57 % del prodotto puro (la cui formula è CNNCa), il 21 % di calce viva, il 15 % di carbone, il 4-6 % di cloro e poi ferro, acido silicico, acido fosforico, acetilene ecc. Agli effetti della nocività per l'agricoltore ha importanza il prodotto puro e le impurità che ad esso si sommano nel prodotto commerciale.

La calciocianamide è capace di produrre lesioni cutanee consistenti in necrosi di varia grandezza della pelle delle mani ed avambracci; che è tutta fortemente arrossata e coperta di vescicole e croste nerastre; anche la pelle del viso è arrossata e così pure quella del collo, dell'addome e dei genitali. La causa di queste lesioni sarebbe dovuta al fatto che la calciocianamide al contatto col sudore, si trasforma in idrato di calcio e cianamide; il primo è fortemente caustico e provoca prima disidratazione e poi necrosi da coagulazione dell'albumina cellulare. Ma possono anche manifestarsi fenomeni di intossicazione generale, rappresentati da cefalea e congestione del viso, collo e braccia, sensazione di freddo agli arti, tosse, tachicardia, respiro accelerato, nausea, sudorazione e depressione psichica.

La ingestione di alcool ha una parte notevole nella patogenesi di questi disturbi: secondo Fabri l'azione della calciocianamide sarebbe dovuta alla ammoniaca sviluppatasi in presenza di acqua, la quale agisce prima come convulsivante e poi come paralizzante delle vie centrali e periferiche; l'alcool facilita l'assorbimento della ammoniaca, che passa così più rapidamente in circolo. Secondo Hesse invece la calciocianamide potenzierebbe l'alcool.

Il nostro A. ritiene che la calciocianamide

porti un disturbo nell'equilibrio acido-base dell'organismo e che questo squilibrio sia facilitato dalla ingestione di alcool che facilita l'assorbimento della calciocianamide. In assenza dell'alcool l'assorbimento avviene lo stesso, ma più lentamente. Ma i lavoratori agricoli non possono fare a meno del vino e quindi sono maggiormente esposti alla intossicazione. È necessario perciò che siano compiuti studi completi per fissare con esattezza le cause e i mezzi di prevenzione di questa intossicazione, che senza questo, si diffonderà sempre più con il crescente impiego di questo concime chimico. VICENTINI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Comportamento della glicemia dopo irradiazione della milza.

Le varie funzioni della milza ed i suoi rapporti intimi col fegato e col pancreas hanno indotto gli studiosi a ricercare le ripercussioni a distanza della irradiazione splenica. Sono state così esaminate le modificazioni del sangue, degli organi emopoietici, dell'equilibrio elettrolitico e del Ph. Nei riguardi del ricambio degli idrati di carbonio è stato riscontrato un comportamento vario della latticemia. Non risultando all'A. che sia stato fatto lo studio della glicemia dopo la irradiazione della milza F. Rabbiosi (*Biochimica e Terapia sperimentale*, 28 febbraio 1935) ha eseguito una serie di ricerche in proposito, su 19 infermi: di essi 14 affetti da sindrome addominale destra semplice, tre da S.A.D. con colecistite ed uno da carcinoma epatico. La glicemia fu determinata a digiuno, prima dell'irradiazione, subito dopo e dopo 24 ore. Subito dopo la irradiazione si verificò nella maggioranza dei casi, un abbassamento lieve e transitorio del tasso glicemico, di grado inversamente proporzionale alle eventuali lesioni epatiche esistenti. Nei pazienti a parenchima epatico alterato, non si produsse alcuna modificazione della glicemia. Nei campioni di sangue prelevati dopo 24 ore, le modificazioni della glicemia risultarono del tutto scomparse. L'abbassamento della glicemia subito dopo l'irradiazione della milza, indica che la irradiazione stessa provoca un aumento delle combustioni oppure dei processi di resintesi. Più particolarmente la milza verserebbe in circolo delle sostanze capaci di stimolare una maggiore ossidazione od una maggiore resintesi del glucosio. L'A. è del parere che l'abbassamento della glicemia debba mettersi in relazione oltre che con l'irradiazione della milza, con lo squilibrio funzionale ad essa consecutivo. Dalle ricerche eseguite l'A. deduce che la milza ha una funzione importante nel ricambio degli idrati di carbonio.

VICENTINI.

VARIA

Metereopatologia. Influenza delle vicende atmosferiche sull'organo dell'udito.

G. Masini (*Accademia Medica*, n. 1, 1935) fin dal 1897 aveva fatto interessanti osservazioni sulle vicende atmosferiche sull'organo dell'udito sia sano che malato; riprende l'argomento in questo lavoro ed afferma che nell'otite media catarrale cronica, durante il tempo umido, piovoso e venti caldi sciroccali si ha diminuzione dell'udito per i toni bassi e medi, mentre nell'otite media sclerosante diminuzione dei toni alti e bassi. L'A. ha osservato inoltre che nell'otite media con anchilosi della catena ed immobilità della staffa nella finestra ovale si accentuano dei toni alti e che nei postumi di otite media purulenta cronica si osserva notevole abbassamento di tutti i toni bassi, voce ed orologi. È interessante notare, secondo l'A., che nella sordità famigliare, in cui persiste un discreto senso uditivo, non si osserva nessuna variazione, qualunque siano le condizioni atmosferiche.

DE MURO.

L'ulcera duodenale malattia di famiglia. Sei casi in una famiglia.

Per quanto numerosi AA. abbiano attirato l'attenzione sulla possibilità di una predisposizione familiare all'ulcera peptica, relativamente pochi trattati moderni la menzionano come uno dei fattori eziologici.

E. A. Turner e A. G. Lattuf (*Presse Méd.*, 2 marzo 1935) riportano l'osservazione di sei casi di ulcera duodenale in una sola famiglia indicanti manifestamente una predisposizione ereditaria trasmessa per via materna.

C. TOSCANO.

POSTA DEGLI ABBONATI

All'abb. n. 4951:

Come abbiamo più volte dichiarato, in questa rubrica non diamo la letteratura su argomenti monografici. Può rivolgersi ad un Istituto bibliografico (ad es. presso l'editore Licinio Cappelli, via Farini, 6, Bologna).

M. P.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

P. PICCININI. *Le celebrazioni marchigiane in rapporto con le rivendicazioni italiane nel campo delle scienze mediche.* — Tip. A. Cordani, Milano, 1934.

C. GIORDANO. *Sui disturbi funzionali respiratori e cardiaci nella tubercolosi polmonare.* — Poligrafica Reggiana, Reggio Emilia, 1934.

R. S. VACCAREZZA y G. POLLITZER. *Neumotorax electivo.* — Imprenta Lopez, Buenos Aires, 1934.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Precisazioni del Sottosegretario di Stato per l'Interno circa l'età massima dei concorrenti.

Il Sottosegretario di Stato on. Buffarini, nel suo lucido ed organico discorso alla Camera dei Deputati per il bilancio dell'Interno, ha precisato il fondamento e lo scopo delle nuove disposizioni che limitano l'età massima per l'ammissione ai concorsi sanitari. « Una importante norma contenuta nel testo unico ha richiamata in vario senso l'attenzione dei sanitari e delle loro associazioni sindacali: quella dell'art. 68 che stabilisce quale limite massimo per l'ammissione ai concorsi, per le condotte sanitarie, l'età di 32 anni. Si è sostenuto da alcuni che il limite di 32 anni sia troppo basso: è sua convinzione che oggi i giovani possono considerarsi preparati anche prima del termine stabilito dal testo unico. Ritenendo, infatti che la media età per il conseguimento della laurea medica sia quella di anni 25, rimangono ben sette anni durante i quali il laureato ha il tempo sufficiente per provvedere alla sua preparazione spirituale ed al suo perfezionamento tecnico. Bisogna evitare che ai giovani, i quali abbiano la passione e la preparazione per l'esercizio della condotta medica, sia preclusa la strada, come è avvenuto per lo passato, da uomini maturi, carichi di titoli più o meno accademici, che si decidono soltanto nel tardo meriggio della loro vita a intraprendere una professione per la quale non sentirono mai la vocazione e che rappresenta spesso per loro una momentanea sistemazione economica. Il Fascismo cerca così di rendere sempre più adeguato alle necessità e ai compiti del momento la funzione dei medici condotti che, vigili ed attivi scolte della sanità pubblica nei 7328 Comuni del Regno, esercitano un'alta missione di assistenza sociale, che li rende degni della gratitudine della nazione ».

Ho riportato il riassunto delle dichiarazioni dei Sottosegretario di Stato.

Anche io espressi qualche riserva, in questa Rivista, dubitando della completezza delle disposizioni che regolano il limite di età e segnalano la opportunità di temperamenti. Le precisazioni del Sottosegretario di Stato sono utilissime, perchè indicano la via diritta e forse anche il passo che può esser fatto per giungere ad un ordinamento che corrisponda pienamente allo scopo.

Il medico chirurgo, all'età di 32 anni, deve essere già preparato alla sua non facile funzione e alla sua grande responsabilità: può, quindi, iniziare l'attività professionale scegliendo la sua via. È giusto che i giovani medici condotti non siano sopraffatti da uomini maturi, che abbiano preferito di svolgere in altri campi la loro attività e poi cerchino nella condotta quasi un rifugio o un posto di riposo.

Questo è, dunque, lo scopo protettivo della limitazione.

La regola è temperata da una eccezione: « indipendentemente dai limiti predetti sono ammessi al concorso i sanitari condotti che, alla data del bando, prestano servizio *con nomina divenuta definitiva* ». (art. 68 T. U.).

A me pare che, pur rimanendo ferma la regola, debba essere considerata la estensione della eccezione, anche in rapporto allo scopo che si vuole assicurare per lodevole intendimento di protezione delle giovani energie ben preparate all'esercizio della condotta.

È da tener presente che il rapporto d'impiego è costituito per un periodo di prova e la eventuale successiva stabilità ha efficacia molto relativa, perchè il vincolo tra il Comune e il sanitario condotto può essere risoluto per cause varie, anche incolpevoli. Il nuovo testo unico ha protetto, con saggissime disposizioni, lo stato giuridico dei sanitari condotti nei casi di mutamenti delle circoscrizioni e, specialmente, di modificazioni soggettive degli enti: formazione e dissoluzione di consorzi.

Le cause amministrative di risoluzione del rapporto d'impiego sono quindi, ridotte; ma non sono poche. Generalmente il periodo di prova dura due anni: l'Amministrazione può deliberare il licenziamento per giudizio insindacabile, e anche per motivi che non corrispondono a deficienze assolute; quando poi il rapporto si stabilizza, è possibile e non infrequente la necessità del licenziamento, senza colpa. Voglio dire che il vincolo è labile: può essere estinto per atto unilaterale dell'amministrazione o per dimissione, alla quale il sanitario sia costretto da circostanze personali o di famiglia.

Verificatasi la risoluzione del rapporto di impiego per qualsiasi motivo, al sanitario condotto, che abbia superata l'età di anni 32, è chiusa la via del concorso, salvo il maggiore limite che risulti da titoli speciali; ma, fuori di questa condizione che, in certi casi, estende e non esclude il limite, egli ne è esentato soltanto se, « alla data della pubblicazione dell'avviso del concorso, sia titolare di una condotta per nomina divenuta definitiva ». Nomina stabile? Ho già espresso la mia opinione in altra nota. Credo che, malgrado il significato letterale, si debba intendere che la esenzione sia condizionata ad un atto definitivo di nomina all'ufficio di titolare e non ad un rapporto stabile.

Ma se il vincolo è cessato quando l'avviso del concorso è pubblicato, la via è irreparabil-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

mente chiusa al sanitario che, compiuta la sua preparazione, abbia preferito l'esercizio della condotta o da circostanze personali vi sia stato costretto.

Non sarà allora facile e spesso sarà impossibile aspirare ad altro impiego e l'esercizio libero tardivo sarà poco promettente. Si verificherà, quindi, una condizione di disagio, per circostanze che non dipendono nè dalla volontà nè dall'attività del sanitario. Ecco perchè penso che sia opportuno temperare la regola, estendendo la eccezione a coloro che *abbiano* esercitato, almeno in tempo non remoto e per ufficio di titolare, le funzioni di sanitario condotto.

Una disposizione in questo senso c'è nel testo unico; ma ha efficacia temporanea: « ai concorsi per posti di sanitario condotto, preveduti nell'art. 68, indetti entro il 31 dicembre 1937, possono essere ammessi, indipendentemente dai limiti di età, i sanitari che dimostrino di avere già prestato servizio di condotta, con nomina divenuta definitiva, precedentemente alla data di entrata in vigore del presente decreto ».

Questa disposizione transitoria corrisponde, sostanzialmente, a quella dell'art. 27 del R. D. 19 luglio 1906, n. 446. Sarebbe forse eccessivo stabilire permanentemente la stessa eccezione, senza limitazioni. Ma è da considerare la opportunità di una lieve modificazione del terzo comma dell'art. 68 e delle disposizioni concernenti situazioni analoghe, al fine di esentare dal limite di età i sanitari condotti che, nominati in base a concorso, abbiano esercitato funzioni di titolare almeno nell'ultimo quinquennio. Il temperamento avrebbe importanza pratica grandissima, sarebbe equo e non turberebbe, ma forse rafforzerebbe, il fondamento della regola del limite di età e ne favorirebbe lo scopo.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

III. - Licenziamento per limiti di età e di servizio.

« Il sanitario condotto è collocato a riposo quando ha compiuto 65 anni di età » (articolo 76 T. U. 1934, n. 1265).

L'applicazione di questa disposizione e di quelle relative al personale sanitario, prevedute negli art. 47, 54, 76, 90, 96, 362, avrà effetti dal 1° luglio 1936. Ma deve essere deliberato sin da ora il collocamento a riposo dei sanitari che, « oltre 65 anni di età, abbiano compiuto 40 anni di servizio e di quelli che abbiano compiuto 70 di età e 35 di servizio ». (art. 364).

Qualsiasi prestazione o soltanto quella valutabile agli effetti del trattamento di pensione? La quistione è dubbia.

L'art. 76, considerando soltanto l'età, prescinde dalla durata del servizio. Si può ritenere che, tuttavia, il collocamente a riposo sia condizionato al trattamento di pensione? Nemmeno indirettamente risulta un nesso tra la causa estintiva del rapporto di impiego (età) e lo stato di quiescenza. Generalmente la cessazione del servizio attivo per collocamento a riposo è seguito dal trattamento di pensione e c'è un nesso non soltanto di fatto, ma giuridico, per molti rapporti di impiego, tra collocamento a riposo e pensione. Per i sanitari condotti, invece, causa risolutiva è soltanto l'età.

Diverso contenuto ha la disposizione transitoria dell'art. 364; l'attuazione immediata è subordinata a due condizioni: età e durata del servizio. Si deve ritenere che sia valutabile soltanto il servizio prestato per ufficio di titolare, in condotta prevista nell'organico. In casi analoghi, quando la legge ha considerato il servizio come presupposto o condizione, la giurisprudenza ha sempre riconosciuto che, se espressamente non siano considerate anche le funzioni interinali, è efficace soltanto il servizio prestato in base a nomina regolare per ufficio di titolare.

Interpretando con criteri di larghezza e di equità la disposizione dell'art. 364, si può anche ritenere che l'attuazione immediata del collocamento a riposo, subordinata all'età e alla durata del servizio, sia condizionata al trattamento di quiescenza, e sia, quindi, possibile se e in quanto, deliberato il collocamento a riposo, il sanitario abbia diritto di chiedere la liquidazione della pensione. Giuridicamente questa interpretazione è discutibile; ma ragioni di equità, per i sanitari condotti anziani non iscritti alla Cassa di previdenza, giustificano la interpretazione e l'applicazione più benevola, tanto più che si tratta di norme transitorie e nessun pregiudizio ne deriva all'amministrazione, la quale può in ogni caso e in ogni tempo deliberare il licenziamento qualora alla età corrisponda la inabilità fisica.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ATTI PARLAMENTARI

Pletora medica e casse mutue malattie.

Questi due argomenti sono stati trattati dall'on. Perna alla Camera dei Deputati, discutendosi il disegno di legge sullo stato di previsione della spesa del Ministero delle Corporazioni.

Riportiamo un largo sunto dell'importante discorso.

* * *

Il fenomeno della pletora medica non è circoscritto al nostro Paese, ma si verifica, con varia intensità, in tutta l'Europa, tranne che in Russia.

Durante gli ultimi anni un aumento notevolissimo è avvenuto, da noi, nel numero dei laureati in medicina e chirurgia: essi furono 656 nell'anno scolastico 1913-14; sono saliti a 1437 nell'anno scolastico 1932-33, che è l'ultimo per il quale esistano dati statistici. Ciò vuol dire un aumento nel rapporto di 100 a 219, del 119 per cento. La cifra dell'anno scolastico 1932-33 non è di eccezione, perchè cifre simili e anche maggiori si sono avute negli ultimi anni. La popolazione italiana è aumentata in proporzione molto minore, da 35 milioni e 598 mila abitanti il 1° gennaio 1914, a 41 milioni e 809 mila il 1° gennaio 1933: ossia del 17 per cento.

Il migliorato tenore di vita non ha determinato una maggiore richiesta dell'opera del medico, per varie ragioni: oggi si ricorre largamente alle specialità farmaceutiche, che si offrono all'uso diretto della clientela; il pubblico si rivolge sempre più alle organizzazioni sanitarie ospedaliere pubbliche e private, anche per la ricchezza dei mezzi tecnici di cui esse dispongono; l'incremento dell'educazione fisica sportiva e militare, impresso dal Regime, contribuisce a migliorare la razza, rendendo meno necessaria l'opera assistenziale del medico; infine, la mirabile organizzazione di assistenza e di previdenza igienico-sanitaria instaurata dal Regime, attraverso molteplici organismi potenziati al massimo, ha ridotto l'intervento del medico libero professionista.

Una conferma dell'eccesso di medici in Italia, è dato dal numero di abitanti per ogni medico: esso è di oltre 1194 per ogni medico, mentre in Germania è di 1:1344 ed in Francia è di 1:1509.

Il fenomeno non accenna ad arrestarsi; difatti il numero degl'iscritti alla Facoltà di medicina e chirurgia, che non arrivava a 9 mila nell'anno scolastico 1928-29, è venuto sempre più aumentando: nell'ultimo anno scolastico di cui si hanno i dati, 1933-34, si è arrivati a 13.074. Durante l'ultimo sessennio l'aumento è stato del 46 per cento.

Non è privo d'importanza il fatto che uno squilibrio notevole si manifesta nella distribuzione dei medici professionisti fra la campagna e la città. Per es. Roma città ha un medico ogni 497 abitanti, mentre Roma provincia (esclusa la città) ha un medico ogni 2962 abitanti; per Torino i rapporti sono 1:455 e 1:2205; per Milano 1:589 e 1:2380.

Un aspetto particolare del fenomeno è costituito dall'abbondanza di studenti stranieri nelle nostre Facoltà di medicina e chirurgia. Erano 168 nell'anno scolastico 1913-14 e sono diventati 2057 nell'anno scolastico 1933-34, dando luogo ad un aumento del 1124 per cento; mentre gli studenti italiani sono saliti, nello stesso periodo di tempo, da 5174 a 11.017, avendo così dato luogo ad un aumento del 113 per cento.

I medici stranieri, che esercitano in Italia la professione, derivano anche e prevalentemente dai laureati in medicina di altri paesi, che chiedono ed ottengono la convalidazione, a tutti gli effetti, con procedura semplice e facile, della laurea; studenti e medici stranieri che vengono in Italia sono, in gran maggioranza di razza semita. Gli studenti ottengono l'iscrizione alla Facoltà medica, nell'anno di corso per il quale sono ritenuti sufficienti i titoli di studio conseguiti all'estero, su giudizio del Senato accademico, udita la Facoltà. Oltre siffatta procedura facile di ammissione, gli studenti stranieri godono di altre facilitazioni d'indole economica.

Per quanto si riferisce alla convalidazione della laurea dei medici stranieri, il Senato accademico può farlo, udita la Facoltà, o può ammettere l'interessato a sostenere l'esame di laurea con dispensa totale o parziale dagli esami. Ottenuta la laurea, gli stranieri si fermano, di solito, in Italia. Gli italiani non trovano lo stesso trattamento nei paesi stranieri.

Per rimediare alla pletora, il « numerus clausus », da molti proposto, e attuato in Germania, è da scartare, dopo le dichiarazioni del Ministro della educazione nazionale. Considerato in senso assoluto, e non in relazione al campo professionale ed alla disoccupazione esistente, il punto di vista del Ministro è giusto, specie rispetto agli studenti stranieri, che sono mezzi di irradiazione della cultura italiana all'estero, anche se quelli che tornano ai paesi di provenienza non sono molti.

Il Sindacato dei medici propose, tempo fa, un altro mezzo: l'esame di ammissione all'Università. Esso non ridurrebbe il numero delle iscrizioni al primo anno di medicina con una disposizione catenaccio, uguale per tutti, compresi quelli che avessero disposizioni ed attitudini spiccate per lo studio della medicina; ma opererebbe una selezione. Infine, è possibile applicare una disposizione in vigore per gli esercenti la professione legale: l'albo chiuso. Qualora fosse accettato questo concetto, resterebbe a determinare dove indirizzare i laureati non iscritti nell'albo. Un corpo di medici potrebbe essere adibito, con una coltura speciale complementare, alle organizzazioni sportive, affidando ad esso l'insegnamento dell'educazione fisica, oltre che la funzione ispettiva igienico-sanitaria in tutte le scuole; e questo corpo di medici sportivi potrebbe costi-

tuire una nuova e preziosa riserva del corpo dei medici militari per i bisogni della guerra. Potrebbe anche costituirsi un corpo di medici coloniali, da utilizzarsi prevalentemente nelle colonie dell'Africa Orientale, a tutti i fini della nostra espansione coloniale.

Per quanto si riferisce ai medici stranieri, si sono recentemente adottati provvedimenti efficaci a riparare il danno giustamente lamentato. Con il Regio decreto 5 marzo, n. 184, di questo anno XIII, è stabilito, all'art. 5, che per essere iscritti all'albo dei medici chirurgi, dei veterinari, dei farmacisti è necessario essere cittadini italiani. Come risulta dal « Foglio di disposizioni » del Segretario del Partito, ciò si deve all'intervento del Duce, che volle accogliere le segnalazioni fatte dalla Confederazione professionisti ed artisti, ed a questa dal Sindacato dei medici, per quanto si riferisce alla disoccupazione del settore sanitario, nel campo professionistico ed artistico. Converrebbe che agli stranieri i quali abbiano compiuto nel Regno studi superiori, conseguendovi la laurea, ed a tutti i medici stranieri che direttamente arrivano in Italia, non si concedesse la cittadinanza italiana, salvo i casi di stranieri di Nazioni che hanno con l'Italia rapporti di reciprocità.

* * *

Passiamo alle *Casse mutue malattie*: gli Istituti fascisti assicuratori presentano un'organizzazione e un funzionamento che superano quelli di alcune Casse mutualistiche inglesi, le quali si credeva che fossero all'avanguardia in questo lavoro di assistenza sanitaria.

L'Oratore si ferma sul funzionamento di varie Casse mutue malattie a carattere nazionale.

La Cassa Nazionale Malattie per gli addetti al commercio, alla fine del 1932 contava 50.906 aziende con 168.133 prestatori d'opera, mentre alla fine del 1933 le aziende commerciali erano salite a 100.716 con 237.819 prestatori d'opera.

Il contributo è del 3 per cento. Per le categorie impiegatizie il datore di lavoro contribuisce con i due terzi ed il prestatore d'opera con un terzo; per le categorie operaie il contributo è paritetico. L'indennità giornaliera è pari al salario, per il tempo massimo di 180 giorni. Oltre tale indennità la Cassa dà un contributo pecuniario che raggiunge il 25 per cento della indennità giornaliera, recentemente dal Consiglio di amministrazione aumentato del 10-15 per cento per il rimborso delle spese di cura (medico e medicamenti) sostenute durante la malattia dall'assicurato.

L'Ente può, a norma dello statuto, intervenire direttamente nelle cure con propri medici e con distribuzione di medicinali sempre che l'assicurato ne faccia richiesta. In pratica non si è fatto uso, finora, di questa facoltà, se non per limitati interventi, prevalentemente di consultazione, negli ambulatori costituiti presso gli uffici periferici.

La estensione delle cure dirette risponde all'indirizzo dell'amministrazione, la quale è portata a valorizzare il sistema dell'assistenza pecuniaria, che lascia inalterata ai prestatori d'opera del commercio l'assoluta libertà di scelta del medico e dei relativi mezzi di cura e che favorisce lo svolgimento della libera attività professionale dei medici.

Le prestazioni sono soggette ad un periodo di carenza di giorni tre.

Le indennità vengono ugualmente corrisposte nei casi di parto fisiologico, nei casi d'infortunio ad integrazione dell'indennizzo minore corrisposto da altro ente assicuratore e nei casi di tubercolosi, di invalidità, di vecchiaia, indipendentemente dalla indennità percepita per l'assicurazione obbligatoria.

Non sono mancate le obbiezioni a siffatto sistema di funzionamento, specie per quanto si riferisce alla indennità pari al salario ed al rimborso spese malattia.

Gli abusi da taluni lamentati, e che d'altronde sono di tutte le assicurazioni, possono efficacemente combattersi col controllo oculato ed intelligente.

Le altre obbiezioni circa la libera scelta assoluta del medico da parte dell'ammalato assicurato e circa i mancati apprestamenti per la profilassi, non hanno fondamento.

Si è detto che il servizio medico, senza il concorso degli specialisti e degli ospedali, non può considerarsi completo. Ma il contributo della Cassa, nei limiti prescritti dallo statuto o dal Consiglio di amministrazione, non esclude la richiesta da parte dello assicurato degli specialisti, da pagarsi a notula, e le spese per degenza ospedaliera.

Sullo stesso piano della Cassa mutua del commercio è l'Istituto Nazionale Fascista per i dipendenti dagli istituti parastatali ed assimilati, il quale realizza una perfetta organizzazione amministrativa e tecnica del complesso servizio sanitario. Essa conta 13.155 soci, oltre le persone di famiglia.

La Federazione Nazionale Fascista delle Casse mutue malattie per i prestatori d'opera dell'Agricoltura ha un numero di tesserati che raggiunge 2.500.000, con organizzazioni varie nelle singole provincie.

Le Casse mutue della Federazione nazionale fascista della industria sono in notevole quantità: al 31 dicembre 1933 erano 1974, a carattere nazionale e distinte in aziendali, interaziendali, professionali; comprendevano inscritti per 1 milione 317 mila 895.

Quanto alla Federazione Fascista della Mutualità Volontaria, è nel suo programma di limitare, per quanto possibile, l'ordinamento delle mutue alla giurisdizione comunale, e di coordinare il proprio lavoro con quello svolto dalla condotta medica e dalla mutua sindacale.

L'oratore fornisce una quantità notevole di dati interessantissimi sul funzionamento di queste varie mutue; la tirannia dello spazio ci vieta di riferirne, ma ci ripromettiamo di tornare sull'argomento.

L'oratore istituisce dei confronti con le assicurazioni sociali della Germania e dell'Inghilterra.

In Germania si è errato perchè si sono fuse le funzioni del medico curante con quelle del medico fiscale e perchè il pagamento a *notula* induce i medici ad esagerare sul numero delle prestazioni e anche perchè la libera scelta del medico è limitata. In Inghilterra una superiorità decisa è data dalla libera scelta assoluta. In Italia il Sindacato nazionale fascista dei medici è per questa libera scelta assoluta, pur avendo aderito, in attesa del lavoro di coordinazione e di perfezionamento delle Casse mutue ora esistenti, ai metodi per la scelta del medico predominanti per le Casse mutue che hanno indirizzo diverso da quello adottato dalla Cassa nazionale per gli addetti al commercio e dall'Ente Nazionale Fascista di previdenza e di assistenza per i dipendenti dagli Enti parastatali. Per la libera scelta assoluta stanno ragioni superiori che prescindono, senza comprometterli, dai motivi strettamente economici strenuamente difesi dalle Casse mutue: innanzitutto, la fiducia dell'ammalato nel medico.

Il compenso al medico, che intimamente è collegato al sistema di scelta, può avvenire in più maniere: essere diretto con rimborso, a notula, a stipendio, a *forfait* capitario, ecc.

Manca ora il coordinamento per l'indirizzo unitario delle Casse mutue, tanto per la loro costituzione come per le prestazioni, specie per quanto si riferisce al funzionamento del servizio sanitario, che è alla base del funzionamento della Cassa mutua.

Per un più efficace rendimento, che si risolva in un vantaggio ancor maggiore per le varie categorie di lavoratori, compresi anche i medici, l'oratore sottopone al giudizio del Ministro delle Corporazioni se non ritenga sia arrivato il momento di realizzare la disposizione della dichiarazione XXVI della « Carta del Lavoro »: « Lo Stato, mediante gli organi corporativi e le associazioni professionali, procurerà di coordinare e di unificare quanto più è possibile, il sistema e gli istituti della previdenza ».

Per la coordinazione delle varie Casse mutue sindacali esiste già una discreta letteratura.

L'oratore è del parere che ad una coordinazione sia necessario si venga, per i vantaggi che ne deriveranno, specie per la unificazione del tanto difforme servizio sanitario, con utilità non lieve di tutti i prestatori d'opera, compresi i medici. Ma il sistema di coordinazione deve essere sindacale, perchè i sindacati hanno voluto e potenziato le Casse mutue.

L'oratore chiude il discorso inneggiando al genio di Mussolini.

Cronaca del movimento professionale.

Il limite di età per i concorsi.

La disposizione contenuta nel Testo Unico delle Leggi Sanitarie circa il limite massimo di 32 anni per l'ammissione ai concorsi ai posti di medico condotto e di ufficiale sanitario, è stata molto discussa.

Parecchi Sindacati Provinciali dei Medici hanno messo in evidenza gli inconvenienti che possono derivare dall'applicazione di tale disposto, ed hanno chiesto che fosse elevato il limite di età già fissato.

Il Sottosegretario di Stato per gli Interni on. G. Buffarini ha comunicato al Segretario del Sindacato Nazionale dei Medici che in linea transitoria per i concorsi indetti entro il 31 dicembre 1937 saranno ammessi, indipendentemente dai limiti di età, coloro che dimostreranno di avere già prestato servizio con le modalità ed i limiti prescritti. Inoltre gli ex-combattenti, mutilati, decorati al valore e iscritti ai Fasci prima della Marcia su Roma godranno delle elevazioni del limite di età previste dalle norme generali per le rispettive categorie. Infine è in preparazione un altro provedimento tendente ad elevare una volta tanto a 35 anni il limite di età indistintamente per coloro che parteciperanno al primo Concorso bandito per i varî posti vacanti in ciascuna provincia.

Tenuto conto che con le disposizioni già emanate e con quelle che vanno approntandosi si viene a riconoscere che il limite di età di 32 anni è effettivamente troppo basso, sarebbe stato desiderabile un provvedimento che elevasse il limite stesso.

Tuttavia non si può che rallegrarsi della correzione sia pure transitoria della legge testè emanata. La transitorietà non implica una rinunzia al definitivo, e alla peggio consente un graduale adattamento alle disposizioni più restrittive.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASCOLI PICENO. *Congregazione di Carità.* — Il Presidente, con avviso del 25 marzo u. s., informa che i termini per la presentazione dei documenti per partecipare al concorso di Chirurgo primario presso il dipendente Ospedale « C. e G. Mazzoni », di cui il bando 28 febbraio p. p., sono prorogati al 30 aprile 1935.

CASTELVETRANO. — (Vedere TRAPANI).

FANO. *Ospedale di Santa Croce.* — Scad. 12 giugno; un posto di primario medico del reparto oftalmico; il sanitario è retribuito con le percentuali sulle tasse di operazione; un posto di medico radiologo; stip. L. 5000, serv. att. L. 480, c.-v., compartecipaz. Rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità.

GENOVA-NERVI. *Ospedale Civile.* — Scad. 31 maggio, ore 16; primario chirurgo; annue L. 1500 soggette alle riduzioni di legge; nomina quinquennale, conferme triennali; laurea da almeno 6 anni; 6 anni servizio in Ospedale; tassa L. 50. Rivolgersi Segreteria, via della Contadina 14, Genova-Nervi.

IMPERIA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Scad. 15 apr. ore 18; direttore del Consorzio e del Dispensario prov.; nomina per un quinquennio, rinnovabile; stip. L. 19.000 elevabile a L. 21.000; indenn. serv. att. L. 5200; trattenute e riduzioni; età limite 45 anni. Rivolgersi alla Segreteria.

LECCE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Posto di Direttore del Consorzio-Direttore del Dispensario Provinciale Antitubercolare. Stipendio

annuo iniziale L. 17.000 con cinque aumenti quadriennali del decimo sino a raggiungere il massimo di L. 25.500, oltre il supplemento di servizio attivo di annue L. 5000. Tali assegni sono al lordo dell'imposta di R. M., delle riduzioni di cui ai RR. DD. 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 aprile 1934 n. 561, e del contributo alla Cassa di previdenza per i Sanitari. Età non maggiore di anni 40, salvo eccezioni di legge. Scadenza ore 14 del giorno 31 maggio prossimo. Obbligo della residenza fissa nel Capoluogo. Chiarimenti presso la Segreteria del Consorzio.

Mantova. *Istituti Ospedalieri.* — Posto di aiuto chirurgo; L. 6000 e c.-v.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10. Scad. 15 maggio. Posto di medico primario di pediatria. Stipendio annuo L. 7500, oltre aumenti quadriennali del decimo, compartecipazione sulle tasse, cure sugli abbienti, caro-viveri come per legge. Limiti di età anni 45, s. ecc. legge. Scadenza 15 giugno. Rivolgersi alla Segreteria del Consiglio d'Amministrazione.

Marsala. — (Vedere Trapani).

Nervi. — (Vedere Genova).

Palermo. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Direttore della Sezione dispensariale di Corleone; obbligo di residenza. Per ulteriori informazioni rivolgersi al Consorzio.

S. Gimignano. *Spedali Riuniti.* — A tutto il 30 aprile, concorso per titoli e per esame a medico assistente; età limite 35 anni al 28 marzo; documenti a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50,10; stip. L. 5400 e proventi totali del Gabinetto e dei certificati per infortuni; nomina triennale salvo riconferma; chiedere copia del bando.

Trapani. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Concorso per titoli ed esami al posto di Aiuto medico del Dispensario Prov. di Trapani. Stipendio lordo L. 12.000 escluse le riduzioni di cui ai RR. DD. 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 aprile 1934 n. 561. Età massima 40 anni. Scadenza 25 maggio 1935.

Id. — Concorso per titoli ed esami al posto di Direttore delle Sezioni Dispensariali di Marsala e Castelvetrano. Stipendio lordo L. 10.000 escluse le riduzioni come più sopra Età massima 40 anni. Scadenza 10 giugno 1935.

Chiarimenti alla Segreteria del Consorzio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il sen. Giunio Salvi, Rettore Magnifico dell'Università e Commissario della Società Reale di Napoli, è stato, con decreto del Ministro dell'Educazione Nazionale, nominato anche Commissario dell'Accademia Napoletana e della Reale Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche.

Il prof. Franco de Gironcoli, docente in urologia presso la R. Università di Padova, direttore del periodico « Urologia », è nominato membro corrispondente straniero della Società portoghese di urologia. Rallegramenti.

Il prof. Mario Monacelli, direttore della R. Clinica dermosifilopatica di Messina, è nominato socio ordinario della Reale Accademia Peloritana di questa città. Rallegramenti.

NOTIZIE DIVERSE.

La V Campagna Nazionale Antitubercolare.

Per la quinta volta il Teatro Reale dell'Opera di Roma ha offerto il meraviglioso spettacolo, che suole caratterizzare l'adunata annuale per l'apertura della Campagna Antitubercolare. Era presente un numeroso stuolo di autorità. La cerimonia fu onorata dalla presenza della Principessa di Piemonte.

L'on. Paolucci, rivolto alla Principessa, dice del significato di questa solenne assemblea, che ad ogni primavera è chiamata a raccolta.

L'on. De Marsico, oratore ufficiale della solenne cerimonia, dopo un saluto all'Augusta Signora rappresentante di due gloriose Dinastie, e che con la Sua presenza testimonia la inflessibile volontà italiana al diritto di vita, dichiara che non è tempo il nostro che permetta ad alcun popolo di arrestarsi nella contemplazione del passato.

L'oratore dà un rapido sguardo alla medicina e alla chirurgia passata, che reca pur nomi di italiani insigni. Accenna alla scoperta del Forlanini, all'opera del Maragliano e del Morelli per il trionfo della lotta contro la tubercolosi.

Il popolo nostro guarda rasserenato all'avvenire perchè sa che nel Regime ha la più possente tutela. E qui l'oratore ricorda le cifre imponenti relative alla campagna che non ha soste.

L'oratore termina con una lirica a Roma e alla grande Madre Italia, che espresse dal popolo l'Uomo della disciplina, della preveggenza, della restaurazione, che a tutto provvede, che innalza un orifiamma su cui è scritto: ordine, pace, giustizia!

Si svolge, come epilogo della mattinata inaugurale, uno scelto programma musicale.

* * *

Il Duce ha ricevuto a Palazzo Venezia gli organizzatori delle « Manifestazioni nazionali antitubercolari dell'anno XIII ».

Nel salone delle Battaglie erano presenti: l'on. prof. Raffaele Paolucci, presidente della Federazione, il sen. prof. Edoardo Maragliano, l'on. prof. Eugenio Morelli e il prof. Arcangelo Ilvento, vice presidenti, il prof. Federigo Bocchetti, segretario generale della Federazione; il sen. Filippo Cremonesi, presidente generale della Croce Rossa Italiana; i Consigli direttivi, al completo, della Federazione Italiana Nazionale Fascista della lotta contro la tubercolosi e della Croce Rossa Italiana; i presidenti e i delegati delle Sezioni regionali della Federazione; i presidenti e i direttori dei Consorzi provinciali antitubercolari delle 93 provincie del Regno.

L'on. prof. Raffaele Paolucci ha fatto il riassunto dell'attività svolta dalla Federazione in cinque anni.

Il Duce ha poi proceduto alla consegna dei premi assegnati ai quarantasei Consorzi provinciali antitubercolari che più si sono distinti nella Campagna antitubercolare dello scorso anno. Ai presidenti di questi Consorzi il Duce ha consegnato pure un diploma di benemerenza.

Seguono, poi, i 5 Consorzi ai quali è stato assegnato il terzo premio « ex aequo » (medaglie d'oro della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi), e i 23 Consorzi cui

è stato assegnato il quarto premio (medaglie d'argento della Federazione).

Ai Comitati antitubercolari delle Colonie, che lo scorso anno hanno raggiunto risultati notevoli, sono state assegnate due medaglie d'oro (Mogadiscio e Bengasi) e due medaglie d'argento (Tripoli e Asmara).

Terminata la consegna dei premi, il Duce ha dato le direttive per la V Campagna Nazionale Antitubercolare.

* * *

Nella sala del Supercinema di Roma sono stati proiettati, in visione privata, i films di propaganda antitubercolare « Luci nell'ombra », « La taverna del T B C », il « T B C » e « Rinascere ». Erano presenti tutti i dirigenti della Federazione nazionale per la lotta contro la tubercolosi e della Croce Rossa Italiana.

* * *

Sotto la presidenza dell'on. prof. Raffaele Paolucci, si è riunito il Consiglio direttivo della Federazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi. Alla riunione presenziavano anche i presidenti e i delegati delle Sezioni regionali della Federazione.

Sono stati ampiamente discussi gli importanti argomenti posti all'ordine del giorno, e i primi dei quali si riferivano al « V Congresso nazionale contro la tubercolosi », che sarà tenuto a Roma nell'ottobre prossimo, ed alla « X Conferenza della Unione internazionale contro la tubercolosi », che avrà luogo a Lisbona nel 1936, alla quale l'Italia parteciperà con tre correlatori.

Il Consiglio ha approvato i temi da svolgere al Congresso ed è quindi passato alla discussione del terzo comma all'ordine del giorno: « La tisiologia quale materia d'insegnamento in tutte le Università del Regno ». L'argomento è stato oggetto di ampia disamina da parte dei proff. sen. Micheli, on. Morelli, sen. Maragliano, Bocchetti, Ferrannini, Jemma, Ottolenghi, Ronzoni, De Vecchi, Carpi, Fici, Costantini, ed infine l'assemblea ha approvato all'unanimità il seguente ordine del giorno:

« La Federazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi, riconoscendo che lo sviluppo della lotta contro la tubercolosi richiede in modo assoluto una più ampia istruzione scientifico-pratica della tubercolosi nelle RR. Università del Regno, segnala questa deficienza alle autorità superiori, per gli opportuni provvedimenti ».

I Delegati delle dodici Sezioni regionali della Federazione hanno poi dato comunicazione degli sviluppi raggiunti, in tutte le provincie d'Italia, dalla organizzazione della « Prima Settimana nazionale della diagnosi precoce ».

L'assemblea ha quindi ascoltato le dichiarazioni del segretario generale, prof. Bocchetti, che ha tracciato un quadro completo della complessa organizzazione delle manifestazioni antitubercolari dell'anno XIII.

Il Consiglio direttivo ha poi deciso di assegnare una medaglia d'oro di benemerenza alla signorina Anna Caputi Pambrenghi, di Ruvo di Puglia, la quale all'inizio di questa Campagna ha donato al Consorzio antitubercolare di Bari un grande fabbricato di recente costruzione con terreni adiacenti, del valore di oltre mezzo milione di lire, e che sarà destinato ad ospitare un Istituto profilattico antitubercolare. Una medaglia d'oro di benemerenza è stata pure assegnata alla dott.ssa Maria Sacchi Casali, che ha donato 500.000 lire all'Istituto « Carlo Forlanini », per lo studio della tubercolosi nel bambino.

L'assemblea ha infine approvato le direttive della Presidenza sulla nomina degli oratori nei capoluoghi di provincia e sugli altri argomenti all'ordine del giorno, e si è sciolta esprimendo la sua gratitudine al Duce, supremo animatore di ogni azione intesa ad elevare il tenore di vita del popolo italiano.

Lega italiana d'Igiene mentale. Commemorazione del prof. De Sanctis.

Si è radunata a Milano, nella Scuola Treves, l'assemblea generale della Lega italiana di igiene mentale, per la commemorazione del compianto prof. S. De Sanctis. Il segretario dott. Corrado Tumiati ha letto le numerosissime adesioni pervenute anche da tutte le Sezioni delle Leghe d'Europa e d'America. Il prof. Antonini, presidente onorario, ha ricordato brevemente i meriti del De Sanctis in rapporto alla psichiatria; il prof. Medea, presidente della Sezione lombarda, ha illustrato la parte che egli ebbe già dal 1910 nella fondazione dei Dispensari psichiatrici, per la visita prematrimoniale, per la propaganda, precedendo in quest'ordine di attività gli Americani. Attraverso la commemorazione del prof. Corberi è stata lumeggiata la figura dell'illustre estinto quale clinico, anatomico e anatomo-patologo del sistema nervoso. Professore di psicologia sperimentale nel 1906 a Roma, si occupò di psicologia pedagogica, di psicologia criminale e di psicologia del lavoro; individuò la demenza precocissima e la frenastenia aparetico-afasica tardiva. Le sue maggiori opere sono le pubblicazioni sui sogni antecedenti al celebre libro di Freud; il trattato di psicologia sperimentale; il trattato di neuropsichiatria infantile. Tutto ciò gli valse, dopo la morte di Mingazzini, la cattedra di clinica delle malattie nervose e mentali di Roma. Il dott. Albertini ha reso omaggio alle benemerenze dell'estinto nel campo dell'assistenza medico-pedagogica dei fanciulli anormali psichici, culminante nella fondazione a Roma degli asili-scuola o scuole autonome, con indirizzo scientifico di assistenza medica e rieducazione per mezzo del lavoro produttivo. Tali scuole servirono di guida alle altre istituzioni del genere, come la Scuola Treves a Milano, le scuole speciali di Genova, Torino ed altre. La legge per la maternità ed infanzia, codificando la dottrina e la pratica del Maestro, dette il miglior riconoscimento del suo valore e dei suoi meriti per la bonifica integrale della razza. Il prof. Donaggio ha parlato a nome della Società di psichiatria e della Società di neurologia.

Terminate le commemorazioni, si sono prese deliberazioni per la prossima riunione di Bruxelles (1935) e per il Congresso mondiale di Parigi (1936); e si è passati alla nomina del nuovo presidente della Lega italiana d'igiene mentale, nella persona del prof. Medea.

Società italiana di medicina sociale.

Il Consiglio di presidenza della Società Italiana di Medicina Sociale convocato dal presidente prof. Carlo Foà adunatosi il 20 febbraio in una sala del Sindacato Medico Fascista Provinciale di Mi-

lano alla presenza del segretario prof. Carlo Baslini, « udita dal prof. Foà la relazione del recente convegno svoltosi a Roma presso il Sindacato Nazionale Fascista dei Medici sotto la presidenza dell'on. Morelli, plaude alla creazione della Sezione Tecnica di Medicina Sociale in seno al Sindacato Nazionale, esprime il suo più vivo compiacimento perchè a presiedere quella sezione l'on. Morelli abbia eletto il proprio presidente prof. Carlo Foà; forma il voto e l'augurio che la propria iniziativa riguardante l'organizzazione di un Congresso per lo studio dei problemi dell'alimentazione, da svolgere in collaborazione con il Consiglio Nazionale delle Ricerche, trovi ampia e sollecita attuazione per opera della nuova Sezione Tecnica dei Sindacati alla quale assicura la sua cordiale e completa collaborazione ».

Convegno italiano di gastroenterologia.

Il 28 aprile sarà tenuta in Roma la riunione annuale della Società Italiana di Gastroenterologia.

La seduta antimeridiana avverrà alle ore 9, presso la R. Clinica Medica diretta dal prof. Frugoni; quella pomeridiana nella sezione di Gastroenterologia degli Ospedali Riuniti di Roma, diretta dal prof. Alessandrini.

Verranno svolte comunicazioni su temi vari.

Si invitano tutti i colleghi, ai quali riescano d'interesse le questioni attinenti alle malattie dell'apparato digerente, a partecipare alla riunione.

Rivolgersi al segretario della Società, prof. Angelo Allodi, assistente alla Clinica Medica della R. Università di Torino.

Nucleo italiano di hertzbiologia.

In seguito alle deliberazioni prese nel Congresso internazionale di Elettroradiobiologia in Venezia nel settembre scorso, sono in corso di organizzazione vari « Nuclei » di cultori di Radiobiologia, secondo le sue varie branche. Tra gli altri è istituito un « Nucleo italiano di Hertzbiologia », di cui è presidente il prof. Luigi Castaldi, direttore dell'Istituto anatomico di Cagliari, e segretario il prof. Ottavio Businco, incaricato di Radiologia medica nella Università di Cagliari. Tutti coloro che si interessano di studi biologici con onde hertziane sia nel campo scientifico, sia in quello applicativo, e che desiderano iscriversi a questa organizzazione, sono pregati di rivolgersi alla Presidenza del Nucleo. Questo collaborerà con gli altri Nuclei di Radiobiologia già formati, e che quest'anno si riuniranno a congresso a Bologna nell'ottobre.

Alla Confederazione professionisti e artisti.

Il 2 marzo u. s. si è riunito a Roma il Consiglio Nazionale della Confederazione Professionisti ed Artisti. L'on. Pavolini, a proposito delle professioni sanitarie, ha rilevato che il Governo fascista ha valorizzato la maturità dell'organizzazione sindacale sciogliendo i vecchi ordini professionali. Ha posto un giusto freno alle eccessive invadenze dei laureati stranieri, limitando l'iscrizione negli albi a quelli fra loro che appartengono a nazioni nelle quali vige reciprocità di trattamento. Per la professione della levatrice, ha istituito l'albo professionale, col regolamento per la categoria. Sempre nel settore sanitario, l'on. Pavolini ha messo in rilievo l'opera che si è compiuta per la preparazione delle tariffe professionali dei medici, le proposte elaborate dal Sindacato per le prestazioni mediche alle mutue sanitarie, l'azione per l'esercizio professionale degli ottici, l'accordo stipulato fra veterinari e tecnici agricoli nel campo zootecnico, l'azione svolta per la risoluzione dei problemi dei farmacisti e per il riconoscimento della qualifica impiegatizia alle infermiere diplomate.

La lingua italiana nei Congressi internazionali.

La Presidenza del Consiglio dei Ministri, recentemente, nel concedere il nulla osta per la partecipazione italiana ad un Congresso internazionale, ha fatto presente che le comunicazioni dei nostri delegati debbano essere fatte in lingua italiana, e che i delegati stessi debbono dichiarare che la partecipazione italiana ai futuri Congressi è subordinata all'ammissione della lingua italiana tra le lingue ufficiali.

Questa massima deve valere per tutti i Congressi internazionali.

Il prof. Panegrossi illustra alla presenza dei Sovrani la cura dei postumi di encefalite letargica.

Ad iniziativa della Regina, il prof. Panegrossi ha illustrato la cura dei postumi di encefalite letargica, con un sistema fatto sperimentare agli studiosi italiani dalla Regina stessa, la quale si è occupata del problema con vivo interesse.

Alla conferenza, che si è svolta in uno dei magnifici saloni della Reggia, tutto adorno di fiori, hanno assistito il Re e la Regina, l'ex Re di Spagna, il Principe e la Principessa di Piemonte, la Principessa Maria di Savoia, la Principessa Maria Adelaide di Savoia-Genova, il Principe e la Principessa Conrad di Baviera.

Erano anche presenti il Presidente del Senato ed il Presidente della Camera dei Deputati, il Sottosegretario di Stato per la Stampa e Propaganda Ciano, il principe Chigi gran maestro dell'Ordine di Malta, numerosi rapresentanti del Corpo diplomatico accreditato presso la Real Corte, i membri della Casa civile e di quella militare del Re, i gentiluomini e le dame di Corte della Regina, un folto gruppo di clinici italiani ed esteri e numerose altre personalità. Il dott. Quirico, medico di Casa Reale, ha presentato il prof. Panegrossi che ha parlato, calorosamente applaudito, esponendo le caratteristiche del male e gli effetti della cura. illustrando la sua conferenza con un film LUCE che ritrae gli infermi attraverso i vari stadi dalla malattia fino alla guarigione o al miglioramento sensibilissimo ed ha fatto sfilare un gruppo di malati da lui guariti perfettamente, uno dei quali, a nome di tutti, ha offerto un grande mazzo di fiori alla Regina accompagnando l'offerta con espressioni della più profonda gratitudine.

Hanno parlato successivamente il prof. Negri di Torino ed il prof. Besta di Milano.

Inaugurazione di un nuovo padiglione al Policlinico di Roma.

Il reparto « Regina Elena » al Policlinico Umberto I di Roma, per la cura dei postumi dell'encefalite letargica, si è arricchito di un altro padiglione e di due altre dipendenze, per accogliere in tutto oltre 200 infermi. Una trentina, giunti da ogni parte d'Italia, sono stati subito allogati nel padiglione, inaugurato, con le altre

fabbriche, alla presenza del Sottosegretario all'Interno on. Buffarini Guidi, e con l'intervento del prefetto Spano, presidente degli Ospedali Riuniti di Roma, del direttore del Policlinico prof. Galli, del prof. Panegrossi direttore del reparto, del direttore generale della Sanità, prof. Basile.

Un aviatore d'eccezione.

Il sottosegretario all'Aeronautica gen. Valle, nel suo recente discorso al Senato, ha reso un fervido e commosso omaggio a Raffaele Bastianelli, chirurgo di somma fama e decano degli aviatori italiani.

L'alta assemblea è stata irresistibilmente tratta ad associarsi con un applauso lungo ed unanime, al gen. Valle

Il giorno innanzi il sen. Bastianelli aveva pronunziato un nobilissimo discorso sui problemi del dominio dell'aria per le necessità della vita civile e di guerra ed aveva ottenuto un larghissimo consenso.

Un po' dovunque.

Il 6° Congresso internazionale sull'organizzazione scientifica del lavoro si svolgerà a Londra dal 15 al 20 luglio. La partecipazione italiana è predisposta dall'Ente nazionale per l'organizzazione scientifica del lavoro (E.N.I.O.S.), in qualità di Comitato nazionale.

Il 23° Congresso pan-russo dei chirurgi avrà luogo a Leningrado dal 24 al 29 giugno. Temi ufficiali: Lo shock; Ascessi e gangrena polmonari; tema raccomandato: La diagnosi precoce dei tumori maligni; si accettano comunicazioni su temi fuori programma. Rivolgersi al presidente del Comitato ordinatore, prof. N. N. Petroff, Kirotchnaia 41, Leningrad 15, U. R. S. S.

Dal 20 al 25 febbraio l'Associazione Odontologica Argentina ha tenuto a Buenos Aires le Giornate odontologiche del Mar della Plata; il programma comprendeva numerose dimostrazioni cliniche e pratiche e fu integrato da una serie di festeggiamenti e di gite.

Le Giornate ortopediche di Bordeaux si terranno il 7 e l'8 giugno; vengono organizzate dal prof. H.-L. Rocher. Rivolgersi al segretario Dr. Ponyanne, rue de Saint-Gènes 103, Bordeaux.

Si è svolto a Berlino il 47° Congresso della Società tedesca di medicina interna. All'inaugurazione, avvenuta il 25 marzo, intervennero circa 1500 medici; parlarono il presidente della Società, prof. Schottmüller, il « Führer » della professione medica, dott. Wagner, e il presidente dell'Ufficio sanitario imperiale, prof. Reiter.

Il Capo del Governo ha autorizzato il 4° Congresso nazionale di nipiologia, che si terrà a Trieste dal 4 al 7 settembre.

Dal 4 al 6 aprile si tengono a Parigi le « Giornate medico-sociali dell'infanzia di età scolastica », sotto la presidenza di P. Strauss, vice-presidente del Senato.

L'8° Congresso francese degli educatori di bambini tardivi si terrà a Yvetot dal 23 al 25 aprile. Rivolgersi al sig. Huet, directeur de l'Institute départemental de perfectionnement, Yvetot, Francia.

L'11 marzo si è adunata l'assemblea generale dell'« Associazione fraterna dei medici francesi », opera di solidarietà e di previdenza.

La Società Medico-Chirurgica Bresciana si è adunata l'8 e il 22 gennaio, il 5 e il 19 febbraio, sotto la presidenza del prof. E. Raverdino. Sono state fatte comunicazioni da: R. Secchi, E. Fiori, A. Pagani-Cesa; V. Lanzani, O. Alberti, L. Pietrantoni, G. Dossena; C. De Toni, R. Sassi, M. Lusena; G. Quarti, U. Baratozzi, A. Poli.

La Società Medico-Chirurgica Comasca si è adunata il 26 gennaio. Sono state fatte comunicazioni da: C. Barazzoni, E. Benvenuti, T. Benzi, E. Grassi.

La Società Piemontese d'Igiene si è adunata il 18 marzo. Sono state fatte comunicazioni da: C. F. Cerruti, U. di Aicheselburg, G. Guidi, U. Boffa.

Il 7 aprile si sono riuniti ad Alessandria, nella Casa Littoria, i capigruppo dei medici ospedalieri appartenenti alla sezione sanitaria del pubblico impiego, provenienti dai maggiori capiluoghi di provincia dell'Italia settentrionale. Dopo il saluto al Re e al Duce, i capigruppo hanno riferito sull'attività svolta ed hanno illustrato i programmi concretati per l'avvenire.

L'on. Biagi ha riferito sull'andamento dell'Istituto nazionale fascista della previdenza sociale al Capo del Governo, che gli ha espresso il suo compiacimento per l'attività dell'Istituto.

La solenne inaugurazione della Città Universitaria di Roma, che doveva avere luogo il 28 aprile, è stata rimandata al prossimo ottobre. Il rinvio è apparso necessario per dar modo alle 538 università e accademie di tutto il mondo, che saranno invitate, di intervenire, il che ora non sarebbe possibile ad anno accademico inoltrato, e per far coincidere la inaugurazione con l'inizio effettivo dell'anno scolastico e col tredicesimo annuale della Marcia su Roma.

Il Podestà e il Rettore dell'Università di Torino hanno telegrafato al Capo del Governo, esprimendo la gratitudine della cittadinanza e del glorioso Ateneo per il provvedimento relativo alla sistemazione edilizia degli ospedali e delle cliniche universitarie.

L'Università Tulane di St. Louis (Stati Uniti) ha festeggiato in gennaio il suo centenario.

Nella seconda metà di gennaio ebbero luogo a Lima diverse manifestazioni mediche, in occasione del 4° centenario di fondazione della città. Il 21 fu inaugurato un monumento a Daniel A. Carrion, sulla piazza prospiciente l'Ospedale « 2 di Maggio »; il 23 ebbe inizio il Congresso medico nazionale, organizzato dall'Associazione Medica Peruviana « Daniel A. Carrion »; i convenuti resero un omaggio alla memoria del dott. Hipolito Iuanne; il 28 si tenne la Giornata Nipiologica Peruviana.

Il 22 marzo fu inaugurato l'ospedale franco-mussulmano di Bobigny, nella regione di Parigi, reso necessario dalla presenza, in questa regione, di 80.000 nord-africani. Assistevano alla cerimonia i ministri della sanità, Queille, dell'interno, Régnier, e dell'educazione nazionale, Mallarmé, il presidente della Società dei Luoghi Santi dell'Islam, Si Kaddour ben Ghabrit, ecc. Il nuovo ospedale sarà diretto dal dott. Gerolami; comprenderà 8 Servizi, nonchè il gruppo dei Laboratori e la Farmacia.

L'ingegnere italiano Ghelazzi ha vinto il concorso per il progetto dell'ospedale nella conces-

sione inglese di Tien-tsin; vi hanno partecipato circa cinquanta concorrenti, tra cui molti inglesi.

Il 4 aprile S. M. la Regina ha visitato, al Policlinico Umberto I di Roma, il reparto per i postumi di encefalite letargica, diretto dal prof. Panegrossi, e la Clinica per le malattie tropicali e subtropicali, diretta dal sen. Castellani.

La Società Montecatini a mezzo del suo presidente, on. Donegani, ha fatto pervenire al Consiglio Nazionale delle Ricerche la somma di lire duecentomila, e ha comunicato di aver preso sotto il suo patronato le ricerche scientifiche relative ai prodotti farmaceutici, in corso presso il Consiglio stesso.

La gestione statale delle Regie Terme di Salsomaggiore sta organizzando per il 28 e 29 aprile la III Adunata medica di Salsomaggiore, che consisterà in un convegno di medicina interna e pediatria dell'Italia settentrionale. I temi di relazione che verranno svolti durante il convegno sono i seguenti: « Le pleuriti essudative », dai proff. Viola e Schiassi di Bologna; « Diatesi essudativa e scrofolosi », dal prof. Allaria di Torino.

In occasione del convegno della « Unity History School », che si terrà a Roma dal 15 al 22 aprile, si svolgerà anche, per iniziativa della Università, la « Settimana della Scuola di Storia delle Scienze » con una serie di lezioni di docenti di tutto il mondo, sul tema unico: « Scienza e civiltà nel mondo moderno ».

L'Accademia berlinese di perfezionamento per i medici terrà a Berlino dal 29 aprile al 17 maggio 1935 un corso internazionale preliminare di omeopatia. La tassa d'iscrizione è di RM 75 e per i medici assistenti di RM 40. Programmi particolareggiati presso la Gefchäftsftelle de Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung, Berlin NW 7, Robert Koch-Platz 7 (Kaiserin Friedrich-Haus).

Di una malattia contratta nell'adempimento del proprio dovere è morto il dott. RENZO FRANCESCO RENZI, assistente negli Ospedali di Roma. Lascia la moglie e un bambino. Alla famiglia vanno le nostre commosse condoglianze.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 22 Aprile 1935 - XIII Num. 16

“IL POLICLINICO„

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

REPARTO DI PATOLOGIA DIGESTIVA E DIETETICA DEGLI OSPEDALI RIUNITI DI ROMA
Primario Direttore: Prof. PAOLO ALESSANDRINI.

Su un metodo di evitare l'intolleranza a dosi fortissime e ravvicinate di salvarsanici.

Dott. A. SEBASTIANELLI.

Non è mia intenzione entrare in merito al tanto discusso problema della convenienza o meno del somministrare forti o fortissime dosi di neosalvarsan nella terapia della lues recente o tardiva, ma solo mi propongo di contribuire allo studio dei diversi sistemi indirizzati ad evitare, per quanto possibile, l'insorgenza di gravi fenomeni di intolleranza ai salvarsanici, possibili con qualunque dose, seppure più facili a verificarsi con le dosi massive. Non posso però fare a meno di notare che i sostenitori delle dosi basse e ripetute fino ad ottenere alti totali di serie (da somministrarsi per talune scuole solo per vie endomuscolare), sono stati presumibilmente spinti a preferire tale metodo anche dal timore di provocare gravi fenomeni di intolleranza nei loro pazienti, nonchè dal concetto che sia preferibile mantenere l'organismo sotto una azione continuata seppur lieve del medicamento (cosa difficilmente ottenibile con gli intervalli oggi abituali tra un dose e l'altra di neosalvarsan).

Penso perciò che un metodo che permetta di somministrare dosi elevate, senza rischio di fenomeni di intolleranza, e a intervalli molto ravvicinati, in modo da raggiungere egualmente totali elevati, possa contribuire a far raggiungere un accordo completo su tale tanto discussa questione terapeutica. Nè posso non ricordare la relazione del prof. Schutemann al corso di Malariologia da cui veniva messa in giusta luce l'importanza del non creare stipiti resistenti al medicamento mediante somministrazioni di dosi insufficienti di questo nella chemioterapia di alcune infezioni.

Le ricerche indirizzate ad evitare le intolleranze da salvarsan datano da molto tempo e si sono proposti molti metodi profilattici. Si è consigliato di diluire fortemente il farmaco in acqua bidistillata: di introdurre molto lentamente la soluzione nella vena: di scegliere vene

lontane dal cuore, di praticare l'iniezione in due o più tempi (concetto ripreso attualmente da Schneus e Bernestein per praticare cure massive): di far mescolare nella siringa il medicamento col sangue del malato (exoemoclasia; Gastou): di praticare la vaccinazione preventiva (scheptofilassi): di somministrare al paziente bicarbonato di sodio o di iniettargli carbonato di sodio (Sicard e Paraf): di somministrargli adrenalina per bocca o per iniezione. Inoltre si è proposto di aggiungere al farmaco alcune goccie di etere (Kopaczewski): iposolfito di sodio (Ravaut): carbonato di sodio: eosinato di cesio: di far precedere trattamento con forti dosi di insulina e carboidrati (Piolti).

Si è consigliato ancora di praticare la soluzione del farmaco in cloruro di calcio: in cloruro doppio di calcio ed urea: in urea e cloruro di stronzio (Lehnerdt): in bromuro di stronzio (Alwens): in glucosio, adrenalina e soprarenina (Kritzschewski): in glucosio al 33 %: in soluzione di insulina: in deidrocolato di sodio (Savulescu-Bolsi e Piolti): in siero del malato: in aminoacidi di fegato (Rebaudi).

Su tale ultimo metodo credo appunto opportuno richiamare l'attenzione dato che esso permette di somministrare fortissime dosi ad intervalli molto ravvicinati e con totali di serie elevatissimi, in modo da ottenere una rapida saturazione dell'organismo con dosi massive.

Il Rebaudi, basandosi su una caratteristica azione disintossicante dei tessuti organici ridotti allo stato di aminoacidi (Figari, Sivori, Menniti), e partendo dal presupposto che l'insufficienza epatica abbia la massima importanza nel determinismo dei fenomeni di intolleranza agli arsenobenzoli, (ipotesi già affacciata da Gaillot, che propose di somministrare estratti epatici per via orale), ha applicato un sistema di terapia che consiste nell'adoperare come solvente una soluzione di aminoacidi organici, e più precisamente di fegato: pur avendo esperimentato aminoacidi di altri organi, con risultati secondo le sue esperienze nettamente inferiori.

I risultati comunicati sono stati brillantissimi potendosi somministrare a giorni alterni dosi progressivamente aumentanti da 0,30 a 0,90 e ripetere tale dose per otto o nove volte fino a totali di serie di circa dieci grammi. Inoltre è stato possibile somministrare singole dosi superiori alle solite (fino a 1,50). Il Rebaudi inoltre su esperienza di centinaia di iniezioni ha potuto documentare che la tolleranza è ottima; che l'azione curativa specifica non viene sminuita o alterata: che vengono impediti o almeno molto notevolmente ridotti i fenomeni di intolleranza e particolarmente le crisi nitritoidi. Particolarmente interessanti sono i casi citati di pazienti che avevano crisi nitritoidi ad ogni tentativo di somministrazioni di soluzioni di salvarsan in acqua distillata, e che hanno benissimo tollerato otto iniezioni da 0,90 in aminoacidi di fegato.

Il Rebaudi fa però notare che non si evitano però le reazioni termiche, che egli dice di avere riscontrato soltanto in periodo secondario florido mai trattato, e che egli mette in rapporto a crisi di Herxheimer. Affermazione alla quale i risultati delle mie esperienze non mi permettono di sottoscrivere.

Il Maderna ha a sua volta applicato tale metodo su un vasto gruppo di infermi, confermando completamente i suesposti risultati.

Ho applicato a mia volta tale sistema nella cura di 10 pazienti affetti tutti (tranne uno) da sifilide di vecchia data, in alcuni mai curata, in altri curata insufficientemente, in altri ancora curata energicamente e da molti anni. In uno di questi ultimi la W. R. persisteva ostinatamente positiva anche dopo una serie completa di neosalvarsan da me stesso praticata.

In un altro dei pazienti, a seguito di prolungate cure da prima arsenicali, poi mercuriali, si aveva all'inizio della cura un modico ittero in atto.

In altri due pazienti con modici segni di intolleranza avevo precedentemente esperimentato la somministrazione di salvarsan in soluzione di istadina e triptofano, senza ottenere la benchè minima diminuzione dei disturbi. Fallita egualmente era la somministrazione di salvarsan in deidrocolato di sodio. In due casi è rapidamente scomparsa una epatomegalia dolente.

Il sistema da me seguito è stato il seguente:

Inizio della cura con la dose di grammi 0.60: due giorni di riposo e poi 0,75: un giorno di riposo e poi 0,90, ripetuto a giorni alterni da 4 a 10 volte. La soluzione è stata praticata quasi sempre e per qualunque dose in un solo cc. di aminoacidi di fegato. Occorre però in tal caso agitare qualche minuto con una bacchettina per ottenere completa soluzione delle forti dosi: rapidissima soluzione si ottiene invece in due cc. di aminoacidi.

In tre soli casi (paralisi progressiva; tabe iniziale) ho oltrepassato la dose di 0,90 giungendo fino ad 1,35 senza disturbi di sorta.

Espongo sommariamente la casistica:

OSSERVAZIONE I. — L. F., a. 64. Ulcera luetica a 30 a., mai curata. Da 3 mesi forte diminuzione del visus e dolori lancinanti agli arti inferiori: spesso vertigini, talora crisi dolorose epigastriche: dispnea da sforzo.

E. O.: aortite: insufficenza aortica conclamata. Epatomegalia. Lieve anisocoria. Iridei presenti, torpidi a S. Rotulei asimmetrici. Lieve Romberg. W. R. e Citochol positiva completa. Nonne, Pandy, Takata positive. Benzoino a curva luetica, mastice tabetica. Linfocitosi.

Neosalvarsan 0,60-0,75-0,90 ripetuto 4 volte, 1,05-1,05.

W. R. subito dopo la cura: positiva. Il paziente però si sente molto meglio, non ha più dolori nè vertigini. Romberg negativo, fegato immutato.

OSSERVAZIONE II. — B. A., a. 19. Ulcera luetica a 18 a.: praticò una serie di neo e poi iniezioni di bismuto: dopo l'ottava si ebbero dolori addominali, diarrea con feci liquide biancastre, cefalea, ittero, che scomparvero dopo circa un mese. Riprese allora la cura con 18 endovenose di cianuro di mercurio: ricomparve però l'ittero (che persiste immutato da un mese), stanchezza, cefalea.

Esame obiettivo: Negativo, tranne lieve epatomegalia dolente. W. R. neg.

Neo 0,45-0,60-0,75-0,90 ripetuto 4 volte.

Dopo la cura l'ittero si attenua: fegato ritorna al normale.

OSSERVAZIONE III. — B. M., a. 35. Ulcera luetica sul collo dell'utero nel 1918: d'allora fece ogni anno una serie di neo-endovenosa, più un'altra intramuscolare. Da 20 giorni dolori epigastrici post-prandiali, vomito, pirosi, diarrea.

E. O.: negativo, tranne modica epatomegalia. Gastroscopia: gastrite (luetica?): W. R. e Citochol positivi completi.

Pratico una serie di neo in acqua distillata: dopo il 0,75 si ha cefalea e dolori addominali: dopo il 0,90 idem. più febbre con brivido (30°) per circa otto ore: inoltre vomito. Dopo un intervallo di dieci giorni la W. R. si mantiene positiva completa. Dopo qualche giorno inietto 0,90 in aminoacidi, e ripeto 6 volte. Ad ogni iniezione si ripetono i disturbi già descritti, ma la W. R. diviene negativa. Alla gastroscopia nessuna modificazione.

OSSERVAZIONE IV. — T. A., a. 25. Data dell'infezione imprecisabile. Da due mesi dolori addominali diffusi, prevalenti all'ipocondrio D. Non febbre, nè vomito. Es. Ob. Forte dimagramento, modica epatomegalia, dolente, con lieve difesa. W. R. e Citochol positive complete.

Neo 0,45-0,60-0,75-0,90 ripetuto 6 volte, 1,05, 0,90.

Scomparsa completa dei dolori e appetito intenso già dopo tre 0,90: aumento del peso. W. R. pos. a metà cura, oggi neg.

OSSERVAZIONE V. — P. G., a. 42. Lues a 22 anni. Si curò per 4 anni, poi saltuariamente. Da due anni cefalea occipitale e peso epigastrico. Es. Ob. negativo. W. R. e Citochol positivi completi.

0,75-0,90 per 6 volte. Accusa a volte dolori addominali vaghi subito dopo l'iniezione. Scomparsa della cefalea e dei disturbi.

OSSERVAZIONE VI. — B. A., a. 49. Nega lues: nel 1925 si trovò W. R. +++. Praticò cure di neo con disturbi (eccitabilità, insonnia). Dal luglio 1934 costrizione toracica, parestesie, crampi alle dita del piede, cefalea. E. O. Lieve turpore pupillare: riflessi esagerati: disturbi del linguaggio (specie parafasie). W. R. negativa. Liquor: Nonne, Pandy positive: W. R. positiva: colloidali a tipo meningitico.

0,30 in acqua distillata dà tremore, brivido, malessere generale; 0,45 in soluzione di triptofano ed istidina dà gli stessi disturbi: 0,45 in acido deidrocolico fà notare una lievissima attenuazione; 0,60 in aminoacidi non dà alcun disturbo: dopo un intervallo di un mese (per motivi inerenti al malato) 0,75-0,90 per 4 volte 1,05-1,35.

OSSERVAZIONE VII. — C. M., a. 30. Lues nel 1933. Da un mese dolori periombelicali: diarrea con molto sangue. W. R. e Citochol positive complete.

Neo 0,60-0,90: non si continua perchè la paziente esce.

OSSERVAZIONE VIII. — G. V., a. 31. Ulcera luetica a 16 anni: praticò cure per tre anni: da un anno disturbi del linguaggio: mutamento del carattere. E. O., lieve anisocoria, rotulei asimmetrici, W. R. positiva completa. Liquor: Nonne, Pandy pos.: colloidali tipo paralitico. Praticò malarioterapia e serie di neo, poi mercurio e bismuto. Iniettò 0,60, 0,75, 0,90 ripetuto 3 volte 1,05, 1,20, 0,90 ripetuto tre volte.

OSSERVAZIONE IX. — A. A., a. 29: ulcera luetica a 18 anni, sempre curata. W. R. +++. Pratica 0,60, 0,75, 0,90 ripetuto 8 volte.

OSSERVAZIONE X. — S. L., a. 17: contrasse lues a 16 anni, mai curata. Cefalea, notevole dimagramento: pratico 0,60, 0,75, 0,90 ripetuto 8 volte.

W. R. positiva completa.

Si deduce da tali osservazioni: che si sono in tutti i casi evitate le precedenti intolleranze, che mai e con nessuna dose si sono avuti disturbi di una certa entità: che nell'unico caso con reazione termica si trattava di lues latente, di vecchia data, già energicamente curata (ciò contrasta con le affermazioni del Rebaudi): che la soluzione in istidina e triptofano non evita nè attenua i disturbi (come del resto a me risulta da molteplici altre osservazioni): che non si hanno i disturbi neanche mangiando abbondantemente subito prima o dopo l'iniezione (cosa che han sempre fatto i pazienti dell'osservazione 1. 2, 8).

* * *

Riassumerò ora brevemente le ipotesi avanzate sul meccanismo per cui si ottiene la maggiore tollerabilità, rimandando per una più estesa trattazione dell'argomento ai lavori ed alla bibliografia raccolti dal Piolti.

Il Castelli, che crede responsabile dei disturbi l'aminogruppo dell'arsenobenzolo, pensa che si formi un composto di condensazione tra questo e l'arsenobenzolo, oppure

una condensazione aldeica dell'aminoacido che impedirebbe così l'azione dell'aminofecola.

Il Rebaudi pensa che i disturbi tossici siano quasi del tutto dovuti ai prodotti intermedi dell'epatolisi provocata dall'arsenobenzolo.

Kopaczewsky pensa che l'arsenobenzolo provochi una minore stabilità dei colloidi organici, da cui i disturbi. Spiega perciò la maggior tolleranza attribuendola alla proprietà di alcune sostanze di diminuire la tensione superficiale del sangue e quindi di aumentare la stabilità dei colloidi.

Guggenheim pensa che i disturbi sarebbero dovuti a formaldeide svolgentesi dai processi di ossidazione. Gli aminoacidi la trasformerebbero nel gruppo metilico innocuo.

Piolti, partendo dalle ricerche di Voegtlin e di Smith dimostranti che l'azione terapeutica e la tossica sono dovute all'ossido di arsina, ed affermanti che questo attacca sostanze proteiche solforate e principalmente il glutatione ridotto, indispensabile alle ossidazioni e riduzioni cellulari, ammette con il Voegtlin che gli arsenobenzoli sono più o meno tossici a seconda della maggiore e minore disponibilità di gruppi proteici solforati (e quindi di glutatione) da parte del fegato e dei tessuti. Infatti se una gran parte di glutatione viene distrutta, si ha morte delle cellule per inibizione dei processi di ossidazione cellulare cui il glutatione è indispensabile. Il Piolti spiega perciò la maggior tolleranza agli arsenobenzoli previo trattamento con insulina e carboidrati, pensando che, quando con un tale sistema si ottiene una forte carica di glicogeno nel fegato e nei tessuti, venga ad essere ridotta la glicogenogenosi proteica esplicantesi in massima parte a spese del glutatione, e che quindi venga risparmiata una notevole quantità di questo che può liberamente dedicarsi alla funzione antitossica.

Egli spiega perciò la funzione antitossica nei riguardi degli arsenobenzoli degli aminoacidi di fegato con l'abbondanza di proteici solforati che vengono così iniettati e messi a disposizione dell'organismo, e utilizzati come antitossici direttamente o, come più probabile, attraverso una sintesi proteica da parte del fegato (fino al glutatione?).

Tale ipotesi ha il pregio di spiegare anche la funzione antitossica dell'acido deidrocolico (risparmio del glutatione normalmente adoperato alla formazione dell'acido taurocolico), e quella dell'iposolfito di sodio (per azione diretta dello zolfo, o attraverso sintesi proteica del fegato). E viene confermata dalla da me vista mancanza di azione di altri aminoacidi.

Aggiungo incidentalmente che il Piolti, partendo dalle affermazioni di Voegtlin e Levaditi, che l'azione troponemicida si svolga parallelamente all'azione tossica e con lo stesso meccanismo (sottrazione di proteici solforati indispensabili alla vita, e di cui i treponemi sono poverissimi, donde la possibilità di ottenere azione terapeutica a dosi non sufficienti per raggiungere l'azione tossica), tende a credere che il risultato clinico non sia proporzionato alle dosi usate. Impressione soggettiva che solo la futura esperienza potrà chiarire e che ad ogni modo non infirmerebbe la utilità del metodo in pazienti con assoluta intolleranza ai comuni metodi di somministrazione dei salvarsanici: e a cui, altrettanto subbiettivamente non mi sentirei di aderire, tanto più che, data la nostra ignoranza sul meccanismo della W. R., e delle reazioni colloidali, la citata persistenza delle reazioni umorali non mi sembra probativa.

* * *

Io credo, attraverso le mie osservazioni, che i vantaggi del metodo possano così riassumersi:

1) possibilità di somministrare forti dosi di medicamento, rese ancora più forti dalla brevità degli intervalli, con totali di serie finora, che io sappia, mai raggiunti con i comuni sistemi;

2) certezza di evitare del tutto, o almeno di ridurre enormemente il timore di fenomeni gravi di intolleranza, e particolarmente delle reazioni nitritoidi il cui spettro grava su tutti i medici, e che molte volte ispira giustamente tale terrore da vietare di praticare una cura energica di cui pure si riconoscerebbe la necessità o almeno la utilità.

3) possibilità di iniziare o di continuare la cura in casi in cui fino ad ora l'ittero e l'epatite rappresentavano una controindicazione contro cui ben pochi e solo da poco tempo osavano levarsi.

4) possibilità di chiarire alcuni problemi terapeutici finora insoluti per la scarsa casistica inerente ai rischi da affrontare per somministrare fortissime dosi coi metodi finora in uso. Ad esempio, utilità o meno delle cariche massive (fino ad 1,50) nella terapia delle forme tardive come la tabe e la paralisi progressiva. Malattie sulla cui terapia salvarsanica vertono infinite discussioni.

5) possibilità di praticare cure energiche ed efficaci forse anche ambulatoriamente, ma

certamente in spazio di tempo ridottissimo di fronte a quello oggi occorrente. Se il metodo attraverso la vastissima esperimentazione che merita si affermerà, non vi è nessuno che non veda l'importantissimo vantaggio dell'alleviare gli Ospedali e le Istituzioni di cura, e quindi la pubblica e la privata assistenza, di un ingente numero di giornate ospedaliere con economia di tempo, di spazio, di personale e quindi minore onere finanziario: senza dire che non è mai trascurabile il vantaggio dell'abbreviare, sia pure di poco, il periodo della contagiosità di una così importante e grave malattia.

Roma, dicembre 1934.

RIASSUNTO.

L'A. richiama l'attenzione ed espone la sua casistica su un metodo di terapia salvarsanica intensiva consistente in: 1) Soluzione in aminoacidi di fegato (1-2 cc.); 2) Iniezioni a giorni alterni di dosi da 0,60 a 0,90 e più.

Espone i vantaggi del metodo tra cui specie: 1) Si evitano costantemente i comuni fenomeni di intolleranza (crisi nitritoidi) anche in chi li ha sempre avuti coi comuni metodi; 2) Si pratica una terapia intensissima (10 gr.) in brevissimo tempo (20 gr.).

NOTE E CONTRIBUTI

Sui rapporti esistenti fra il potere radiante del sangue periferico e il potere radiante del sangue di alcuni visceri.

Dott. G. PROTTI, Venezia.

Nel 1930 avanzai la proposta di considerare il potere radiante del sangue periferico come un indice sintetico, equivalente dei processi ossidativi e fermentativi intraorganici, come un indice cioè di tutto il metabolismo dell'intero organismo. (Protti: Comunicazione Soc. Med. Chir., Venezia, 17 marzo 1930; Comunicazione Soc. Med. Chir. di Trieste, Comunicazione Soc. Med. Chir. di Belluno; Comunicazione R. Accademia Medica di Genova; comunicazioni tutte tenute nel 1930).

Tale criterio sembrava avvalorato dalla conoscenza (dovuta sopratutto a ricercatori della Scuola di Gurwitsch) che il potere radiante del sangue è strettamente legato ai processi di ossidazione e di fermentazione che si verificano nel sangue stesso.

Questa conoscenza non poteva tuttavia autorizzare a concludere che il p. r. del sangue dovesse necessariamente corrispondere all'andamento del metabolismo di tutto l'organismo, giacchè, come è noto dalla fisiologia, il sangue ha un suo proprio metabolismo, e i vari visceri hanno combustioni e processi enzimatici loro propri.

Oltre a ciò risultava, da ricerche fatte per primo da Sorin, che, per es. il fegato, la milza, le ghiandole linfatiche non hanno potere radiate o lo hanno scarso.

Non furono dunque questi i motivi per i quali il mio pensiero fu orientato a formulare l'ipotesi che il potere radiante del sangue periferico potesse giovare alla fisio-patologia e alla clinica per lo studio parallelo del metabolismo e del ricambio; la ragione principale di tale orientamento fu invece la fortuita constatazione da me fatta che il p. r. del sangue poteva variare nello stesso soggetto e da soggetto a soggetto: elevato generalmente nei giovani tende ad abbassarsi con l'andar degli anni; elevato nella gravidanza e nell'ipertiroidismo, diminuisce nella ipoazotemia, nella iperazotemia, negli stati uricemici e in tutte quelle condizioni nelle quali è presumibile vi sia un rallentamento del ricambio; aumenta dopo i pasti; diminuisce dopo la fatica ecc., assumendo, in conclusione, valori molto diversi in funzione di particolari stati organismici.

Vi era inoltre da tener presente un altro dato di fatto che cioè il p. r. scompare nel sangue dei cancerosi, (L. Gurwitsch) ma a questo proposito occorre notare che le condizioni cellulo-umorali che si verificano negli ammalati di cancro non possono essere che imperfettamente paragonate alle condizioni cellulo-umorali che si riscontrano nella fisiologia e nella maggior parte della patologia, essendo il cancro tale una peculiare deviazione dalla normalità, da non poter costituire un punto di partenza per la generalizzazione di un rilievo ad esso collegato.

Poteva sembrare poco corretto assumere il potere radiante del sangue quale indice corrispondente al potere radiante della totalità dell'organismo, quando, come abbiamo ricordato, risulta, da ricerche di Autori diversi, che i vari visceri hanno proprietà energetiche radianti (fotobioelettroniche) quali più, quali meno intense. Senonchè conveniva riflettere che tali ricerche furono eseguite utilizzando del materiale lavato e privato totalmente del sangue contenuto nella rete venosa e capillare.

Tale procedimento che nelle intenzioni può essere esatto (in quanto mira ad ottenere cifre relative ai singoli visceri, indipendentemente dalla loro funzione) si rivela invece insufficiente — fino quasi a sembrare contraddittorio — ove si rifletta che l'effetto Gurwitsch è in rapporto stretto con i fenomeni di ossida-

zione e di fermentazione, in rapporto cioè con il metabolismo e con le attività cellulari.

Ora viene da domandarsi come possano utilmente essere studiate le funzioni e le proprietà di un tessuto dopo averlo sottoposto a prolungati lavaggi e ad inattivazione, privandolo del proprio substrato naturale che è causa ed effetto del metabolismo cellulare?

Lo studio delle proprietà di un organo vivente non può quindi, a nostro avviso, prescindere dalle necessità ambientali di questo organo, onde quello studio non potrà essere decisivo fin tanto che non verranno rispettate — almeno approssimativamente — le condizioni ideali nelle quali l'organo vive esplicando le proprie funzioni.

A tale proposito — in altro campo — è sufficiente, ricordare che, per es. il lievito di birra lavato, anche se freschissimo, cessa dall'emettere raggi di Gurwitsch, mentre ne è ricchissimo se non è lavato e, più ancora, se sta svolgendo la propria attività glicolitica (Gurwitsch. Protti).

Partendo da questi criteri, esaminai il potere radiante di poltiglie di organi animali senza allontanarne il sangue.

Furono così confrontati i valori del potere radiante del sangue periferico di alcuni animali con i valori ricavati da materiale ottenuto pestando finemente, in mortaio sterile, frammenti di alcuni organi e tessuti i quali erano stati soltanto rapidamente e superficialmente lavati con soluzione fisiologica.

Il materiale veniva pestato in presenza di eguale quantità in peso di una soluzione di citrato sodico al 2 %.

Le ricerche vennero eseguite subito dopo la ectomia dei visceri. Per la determinazione di valori energetici fotobioelettronici, fu impiegato l'emoradimetro a detectori biologici.

Le ricerche furono suddivise in sei gruppi allo scopo di stabilire quali cifre emoradimetriche avrei ottenuto:

1) da materiale proveniente da animali digiuni;

2) da materiale proveniente da animali alimentati da poco tempo;

3) da materiale proveniente da animali affamati;

4) da materiale proveniente da animali gravidi;

5) da materiale proveniente da animali tireodinizzati;

6) da materiale proveniente da animali glucosizzati;

sapendo che l'affamamento (Anikin); il digiuno e il pasto (Protti); la tiroidizzazione (Samarajew, Blacher); la somministrazione di glucosio (Protti); la gravidanza (Protti, Marconi), determinano notevoli variazioni della intensità del potere radiante del sangue periferico.

Esperienze	Fegato	Milza	Rene	Pancreas	Testis	Midollo osseo	Medie	Sangue periferico	Differenza fra le medie e il s. perif.
I Gruppo (animali digiuni).									
Conigli A.	46,1	45,3	43,5	48	46,3	45	45,7	43,2	2,5
B	43,4	44,2	43,6	45	44,2	45	44,23	42,6	2,17
C	46	47	44,3	46	46,3	44	45,6	43,7	2,1
D	44	43,3	41,2	44,5	45,2	44	43,7	42,9	0,8
E	47	46,9	46,9	48,2	46,3	49	47,38	46,3	1,35
II Gruppo (un'ora dopo il pasto consueto).									
Conigli A	69,0	68,2	63,9	67,5	64,2	65,0	66,2	63,0	3,2
B	69,6	69,5	66,1	68,0	66,0	65,8	67,50	65,2	2,48
C	71,3	69,3	68,3	73,9	66,5	68,4	69,28	67,0	2,28
III Gruppo (animali affamati).									
A	18,5	17,3	16,5	17,8	16,8	16,9	16,5	17,3	1,2
B	17,9	17,5	17,2	17,5	17,3	17,3	17,0	17,4	0,4
C	13,9	12,6	10,6	12,9	11,2	11,7	10,2	12,1	2,1

IV GRUPPO (Coniglie gravide in XIV giornata).

Esperienze	Fegato	Milza	Rene	Pancreas	Ovaie	Midollo osseo	Feto	Sangue perif.	Medie	Differenza fra le medie e il s. p.
A	69	68,5	66,3	67,1	66,7	68,8	68	66,3	67,7	1,4
B	73,3	71,8	70,7	71,3	71,5	72,3	72,2	70,1	71,8	1,7
C	72,2	69,6	68,6	70	69,8	70,2	69,3	68	69,9	1,9

V GRUPPO (iniezioni di tiroidina).
15' dopo iniez. endovenosa di 5 cmc. di endotiroidina = gr. 1 di sostanza fresca.

A	71,2	70,5	71,2	73,2	74,2	70,9	71,86	70,3	1,83
B	72,0	73,5	72,7	75,3	75,0	72,6	73,51	72	1,51
C	70,0	70,5	70,6	72,8	73,5	70,3	71,28	69	2,28

VI GRUPPO (iniezioni di glucosio).
15' dopo iniezione endovena di 2 cmc. di sol. glucosata al 60 %.

Esperienze	Fegato	Milza	Rene	Pancreas	Testis	Midollo osseo	Medie	Sangue periferico	Differenza fra le medie e il s. perif.
A	63,2	61,3	60,2	64,6	59,9	59	61,36	59	2,36
B	61,5	58,9	58	62,9	59,0	60,2	60,08	57,3	3,5
C	65,6	62,3	62	67,5	62,2	63,3	63,80	61,2	2,78

I valori riscontrati in queste esperienze (non numerose, ma comunque sufficienti, ed eventualmente estensibili ad animali di altri ordini e classi) sono assai significativi, perchè dimostrano che le medie delle cifre emoradimetriche ottenute dai vari visceri e tessuti sono in realtà poco discoste dai valori emoradimetrici ricavati dal sangue periferico, onde il tentativo di classificare gli organismi umani in iporadianti, normoradianti ed iperradianti, sulla base delle cifre emoradimetriche ottenute dal sangue periferico, appare ancor più giustificato. (V. Protti: *Il fenomeno della emoradiazione applicato alla clinica.* Radiobiologia, vol. I, fasc. IV, Venezia, 1934).

Le tabelle suesposte denotano come le medie emoradimetriche ricavate dai visceri siano sempre superiori alle cifre emoradimetriche del sangue periferico; ma le differenze sono tali da non costituire divari salienti, onde parmi sufficientemente ed ulteriormente dimostrata la proposizione che a « *cifre emoradimetriche eguali* (*ottenute dal sangue periferico*) *possano in realtà, fino ad un certo limite, corrispondere ritmi metabolici organismici eguali od equivalenti* » (v.l.c.).

Ci troviamo quindi di fronte ad una circostanza significativa che merita, sia pur con prudente disamina, la attenzione di quanti riterranno utile intraprendere studi e ricerche su questi interessanti fenomeni di radiobiologia.

RIASSUNTO.

L'A. porta ulteriori dati circa la opportunità di considerare il potere radiante del sangue periferico come un indice equivalente dell'andamento complessivo dei processi di combustione evolgentisi in seno agli organismi.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE DI SANTO SPIRITO IN SASSIA DI ROMA
SALA CARLO GENGA - REPARTO MEDICINA
Primario: Prof. T. LUCHERINI.

II° DISPENSARIO DERMOSIFILOPATICO
DEL GOVERNATORATO DI ROMA
Direttore: Prof. A. GALIMBERTI

Si può formulare una diagnosi clinica di sifilide polmonare?

per il dott. GIOVANNI LIONETTI.

Sorvolando sulle questioni storiche della sifilide polmonare, e tralasciando di riferire quanto sino ad ora è stato consegnato alla letteratura circa il capitolo della sifilide polmonare, colgo l'occasione di riferire un caso assai interessante e significativo, che si presta a farmi fare delle considerazioni sulla difficoltà diagnostica della sifilide polmonare.

Infatti, con tutta la perfezione raggiunta dagli studi, la diagnosi di sifilide polmonare rimane incerta, il più delle volte è una diagnosi di presunzione, per la mancanza della sicura dimostrazione dell'agente patogeno nei focolai di localizzazione. La diagnosi differenziale clinica resta ancora difficoltosissima, ancor più della diagnosi anatomo-patologica e batteriologica, sia per il polimorfismo delle lesioni proprie della sifilide, sia per le affinità cliniche e radiologiche che la malattia ha con altri morbi, particolarmente con la tubercolosi, specie quando la sifilide si associa alla tubercolosi.

Colgo l'occasione per riferire brevemente la storia clinica:

A. U, di anni 33, scapolo, calzolaio.

È fumatore, bevitore, di aspetto discretamente robusto, brevilineo. Nulla di notevole nel gentilizio: antenati longevi, morti per vecchiaia. Padre morto a 70 anni di polmonite. Madre vivente, di 62 anni, gode buona salute; ha avuto 9 gravidanze a termine e nessun aborto. Uno dei figli è morto a 14 anni per insolazione: tutti gli altri sono viventi e sani e non hanno mai contratta alcuna malattia.

Il paziente ha avuto allattamento materno. Deambulazione, fonazione e sviluppo normale. Ricorda una malattia esantematica, che non sa precisare, avuta all'età di 5 anni e poi ha sempre goduto buona salute. Nega blenorragia. Nel 1927 contrasse due ulceri del solco balano-prepuziale, lievemente dolenti, ma non sa precisare nè l'aspetto delle ulceri, nè il periodo di incubazione.

Ricorda solo che, recatosi all'Ospedale di San Gallicano, le lesioni furono diagnosticate di natura specifica e fu perciò sottoposto ad un energico trattamento antiluetico misto (neosalvarsan bismutico) con esito soddisfacente senza che residuasse alcuna traccia locale delle lesioni. Nel 1930 si presentò nel nostro dispensario, accusando cefalea notturna e dolori reumatoidi vaganti. Desiderava continuare la cura già iniziata a San Gallicano che non aveva seguito con regolarità e metodo e del tutto sospesa da qualche tempo. Constatata, anche da noi, la precedente infezione con prova sierologica, lo sottoponemmo a cura bismutica e neosalvarsanica che fece scomparire ben presto i disturbi che egli accusava e migliorare le condizioni generali che erano in questa epoca non molto floride. Lo stesso paziente ne rimase incoraggiato sia per l'aumentato peso del corpo sia per lo stato di euforia e di benessere generale.

Dopo questo primo nostro trattamento il paziente abbandonò di nuovo le cure. Nel settembre del 1932, avvertendo uno stato di stanchezza, di depressione, di cefalea, di dolori vaganti, si ripresentò per iniziare nuovamente la cura. Gli praticammo alcune iniezioni di salbiolo (2° grado). Qualche giorno dopo avvertì che lo sputo presentava delle striature di sangue. Questo particolare non gli destò soverchie preoccupazioni, perchè tale evenienza non ebbe a ripetersi che sporadicamente, e perchè mai aveva sofferto malattie proprie dell'apparato respiratorio. Non aveva mai avvertito, a carico di quest'ultimo, disturbi, ad eccezione di un lieve catarro prevalentemente mattutino, che attribuiva all'abuso del fumare, nè aveva mai avuto rilievi febbrili. Nei primi di ottobre lo sputo diventò nettamente ematico, ed allora, impressionato, ci informò di questo particolare. Lo sottoponemmo alle solite cure antiemorragiche ed al riposo in letto ma il giorno dopo, continuando più impressionante questo quadro emottoico, fu da noi attentamente esaminato, e sospettando una lesione sifilitica polmonare, lo consigliammo al ricovero nell'Ospedale per un più accurato accertamento diagnostico. Ricoverato nell'ospedale di S. Spirito in Sassia fu affidato alle cure del primario medico prof. T. Lucherini, che gentilmente mi permise di seguire il paziente e mi fu di guida e di consiglio nello studio clinico del caso.

Esame obiettivo: Condizioni generali: buone; sensorio: integro; decubito: indifferente; pannicolo adiposo: discreto; masse muscolari: valide; linfoghiandole latero-cervicali, epitrocleari, inguinali: palpabili, dure, mobili. Individuo alto m. 1,57 con peso di Kg. 60. Nessuna lesione cutanea o mucosa. Polso radiale 60: eguale, ritmico, lievemente teso. Respiro: superficiale, frequente (25 al m^1); lingua: umida, detersa. Faringe: non arrossata, con tonsille appena ipertrofiche. Torace: deforme per lieve cifoscoliosi sinistra convessa, rigido. Riduzione di suono su tutto l'emitorace destro. Fremito vocale tattile aumentato a destra. Su tutto l'ambito destro espirazione prolungata con qualche ronco.

Cuore: punta al 4° spazio sull'emiclaveare; margine destro debordante di circa 1 dito; margine sinistro normale; toni netti con 2° aortico rinforzato.

Fegato: nei limiti normali.

Milza: palpabile appena all'arco costale.

Addome: trattabile, indolente, non meteorico.

Genitali: normali.

Sistema nervoso: non si riscontra alterato.

Pressione arteriosa: Mx. 125, Mn. 70 (Riva-Rocci).

Esame delle urine: nulla di patologico nelle varie ricerche eseguite.

Esame del sangue: globuli rossi 4.300.000; globuli bianchi 7100; emoglobina 90; formula leu-

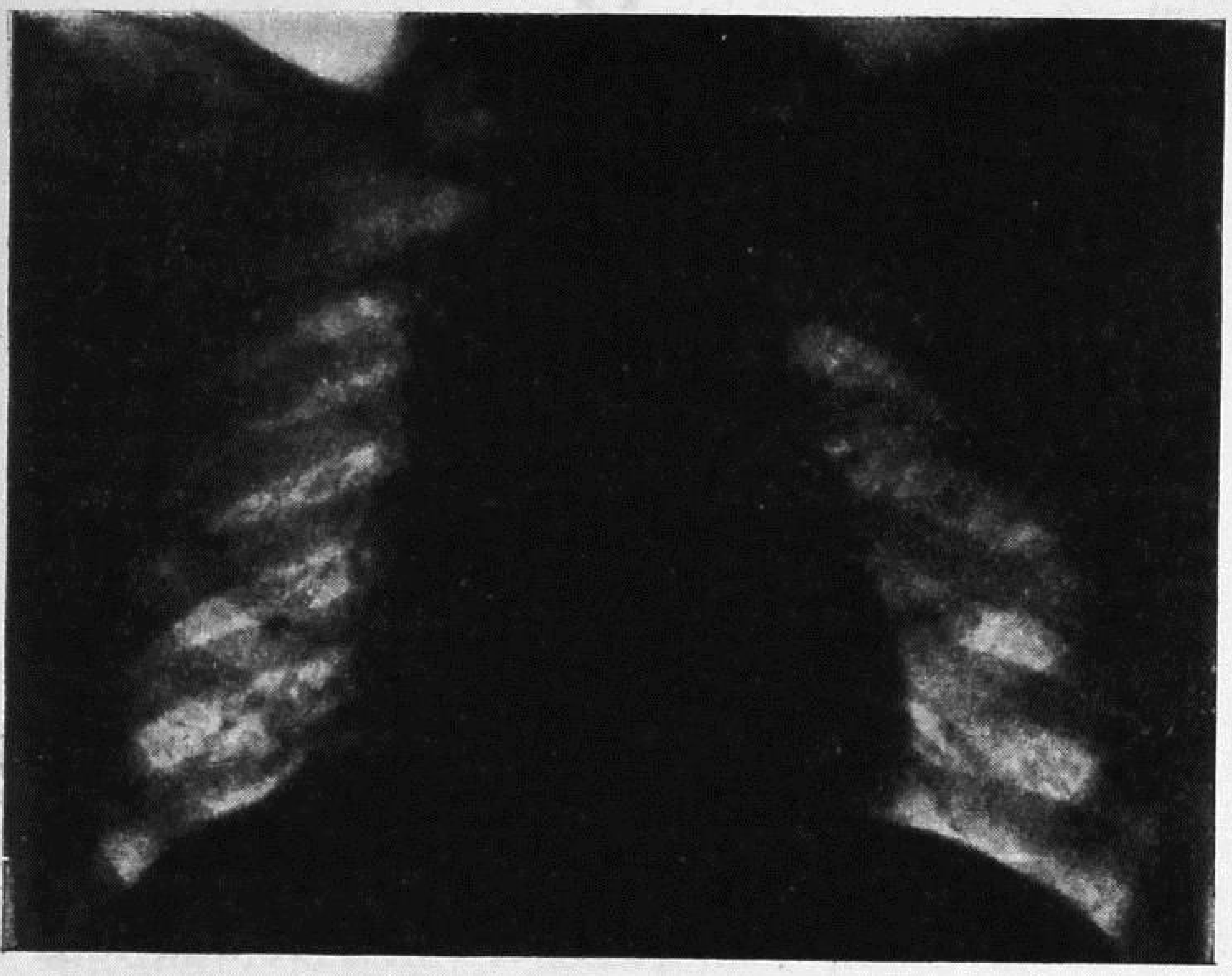


FIG. 1.

cocitaria: neutrofili 68, eosinofili 1, basofili 1, linfociti 27, grandi mononucleati 3, forme di passaggio 0.

Reazione di Wassermann 22-10-1932 positiva ++++.

Reazione di Meinicke (M.T.R.) positiva ++++.

Reazione di Kahn positiva ++++.



FIG. 2.

Cutireazione alla tubercolina di Koch: negativa dopo 12, 24, 48 ore. Ricerca del bacillo di Koch nello sputo, dall'ottobre al dicembre ripetuta sei volte, sempre negativa. Eseguita col metodo all'antiformina fu pure negativa.

Inoculazione degli sputi nella cavia: negativa (20-10-1932).

Esame radiologico del torace (19-10-1932) (fig. 1): Nel campo polmonare di destra si nota un'accentuazione della trama polmonare che in qualche punto è disorganizzata, specie nella metà superiore, ove l'aspetto è a minute travate e piccolissimi noduli che in qualche punto confluiscono specie nella zona sotto claveare. Nel campo polmonare sinistro notevole accentuazione della trama. Deformazione della cupola diaframmatica destra da aderenze pleuro-diaframmatiche. Presenza di un complesso primario di Gohn verso la base polmonare destra.

All'esame clinico del torace si nota: fosse sopra e sotto spinose di destra evidenti; apice destro retratto ed ottuso: nello spazio interscapolo-vertebrale di destra respiro aspro accompagnato da crepitazione ispiratoria (pleurica?); la base di destra si espande di due dita.

Ripetuta la radiografia del torace il 16-11-1932 (fig. 2) essa dimostrò miglioramento dei segni radiologici: persisteva ancora un'ombreggiatura diffusa nel campo sotto-claveare destro. Ancora ripetuta il 30 novembre (fig. 3), si notarono alterazioni del tipo sclerotico del lobo superiore destro con retrazione dei primi spazi intercostali di destra. Calcificazione verso la base destra; aumento dell'ombra ilare destra. Il 18 dicembre 1932 (fig. 4) persistevano all'esame radiologico, immutati i segni dell'infiltrazione fibrosa della regione del lobo superiore destro con retrazione degli spazi intercostali.

È da notare che durante tutto il decorso della malattia, sia prima dell'entrata nel nosocomio, sia durante il periodo di degenza, sia dopo l'uscita dalla corsia, il paziente non ebbe mai febbre e la temperatura delle regioni ascellari, misurata ogni tre ore, oscillò indifferentemente da 36,4 a 36,8. Dopo i primi sei giorni di degenza, durante la quale gli fu somministrato del cloruro di calcio per os e del coaguleno in fiale da

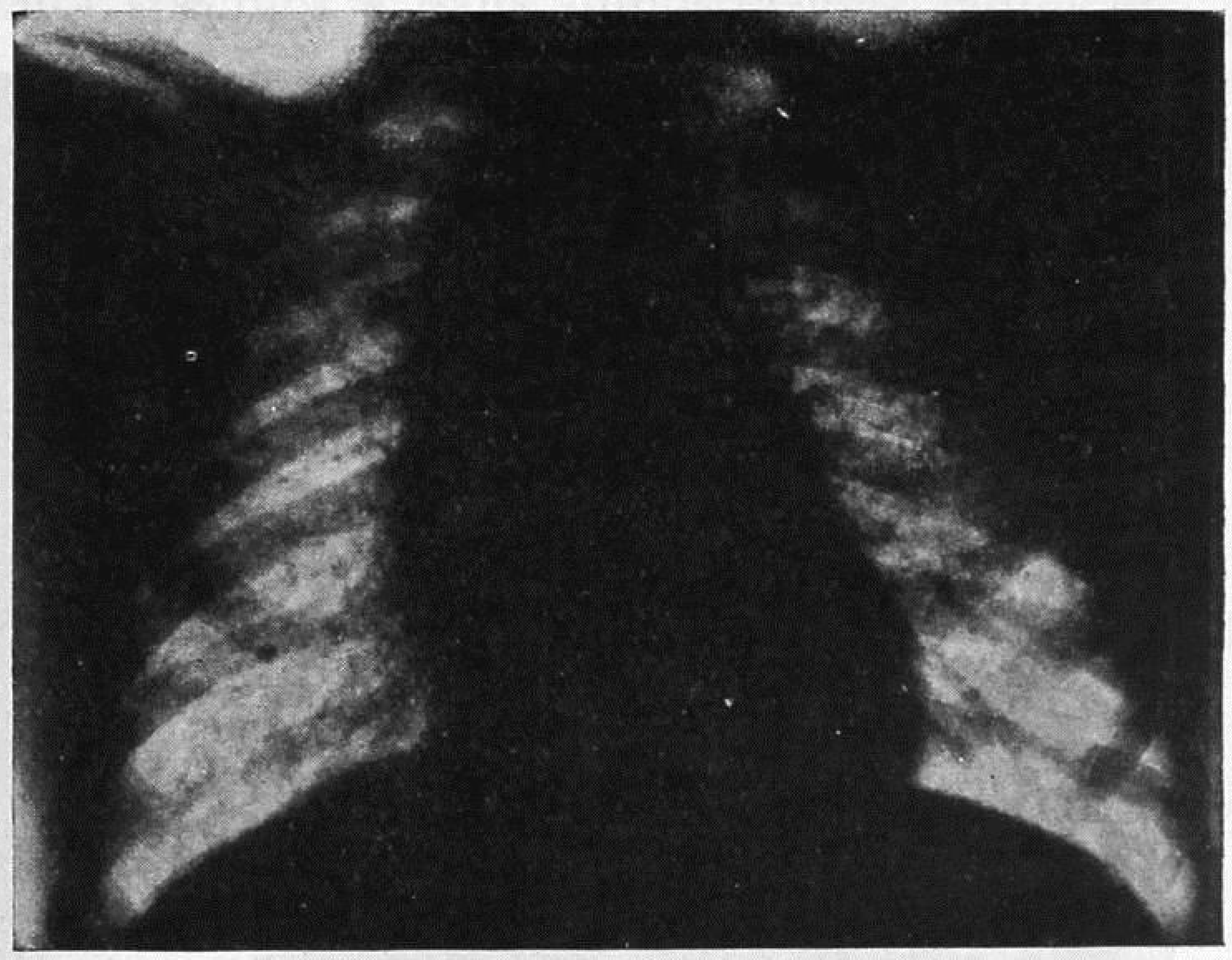


FIG. 3.

10 cc. per via ipodermica, l'espettorazione ematica cessò quasi del tutto e solo qualche volta si notò lo sputo leggermente striato di sangue. Avuta poi, all'ottavo giorno di degenza, la risposta positiva della sierodiagnosi per la sifilide, ed iniziato un energico trattamento antiluetico misto, con iniezioni intramuscolari di bioduro di mercurio e neosalvarsan per via endovenosa, le condizioni locali e lo stato generale migliorarono ben presto. La cura iniziata con mercurio e neosalvarsan (grammi 4,65) fu poi continuata con sal-

biolo e ioduro di potassio. A cura ultimata, 21 gennaio 1933, l'esame sierologico dette il seguente risultato: reazione Wassermann positiva (++), reazione di Kahn positiva (+). Esame otorinolaringoiatrico (dott. Antognoli dell'Ospedale del Littorio); non presenta nulla di notevole al naso,

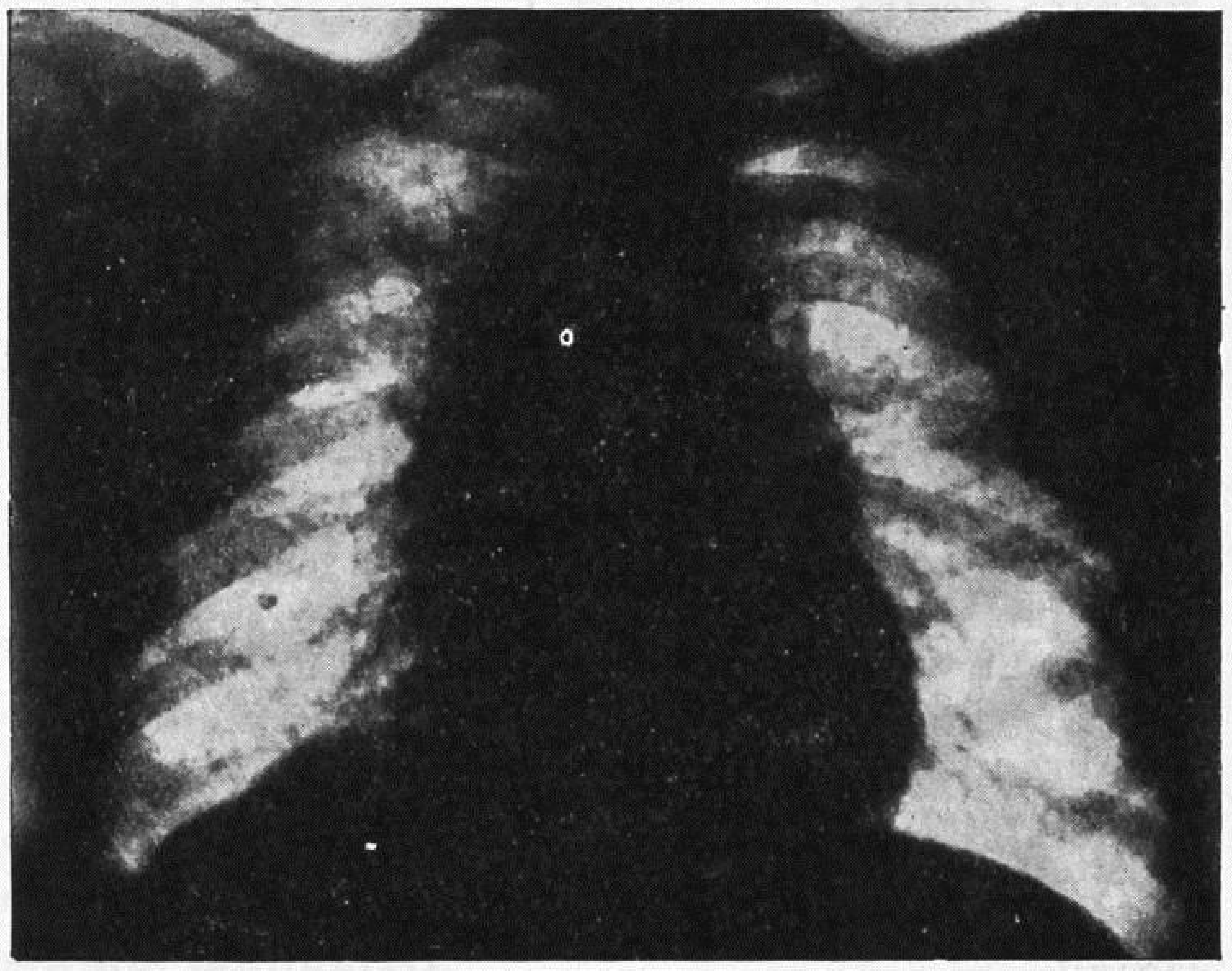


FIG. 4.

alla bocca, al faringe. Al laringe si nota solo lieve iperemia delle corde vocali ed un ispessimento del bordo libero dell'epiglottide verso sinistra che sembra esito di una lesione forse specifica ora completamente guarita.

Dopo 24 giorni il paziente ritorna a farsi rivedere accusando nuovamente un senso di stan-

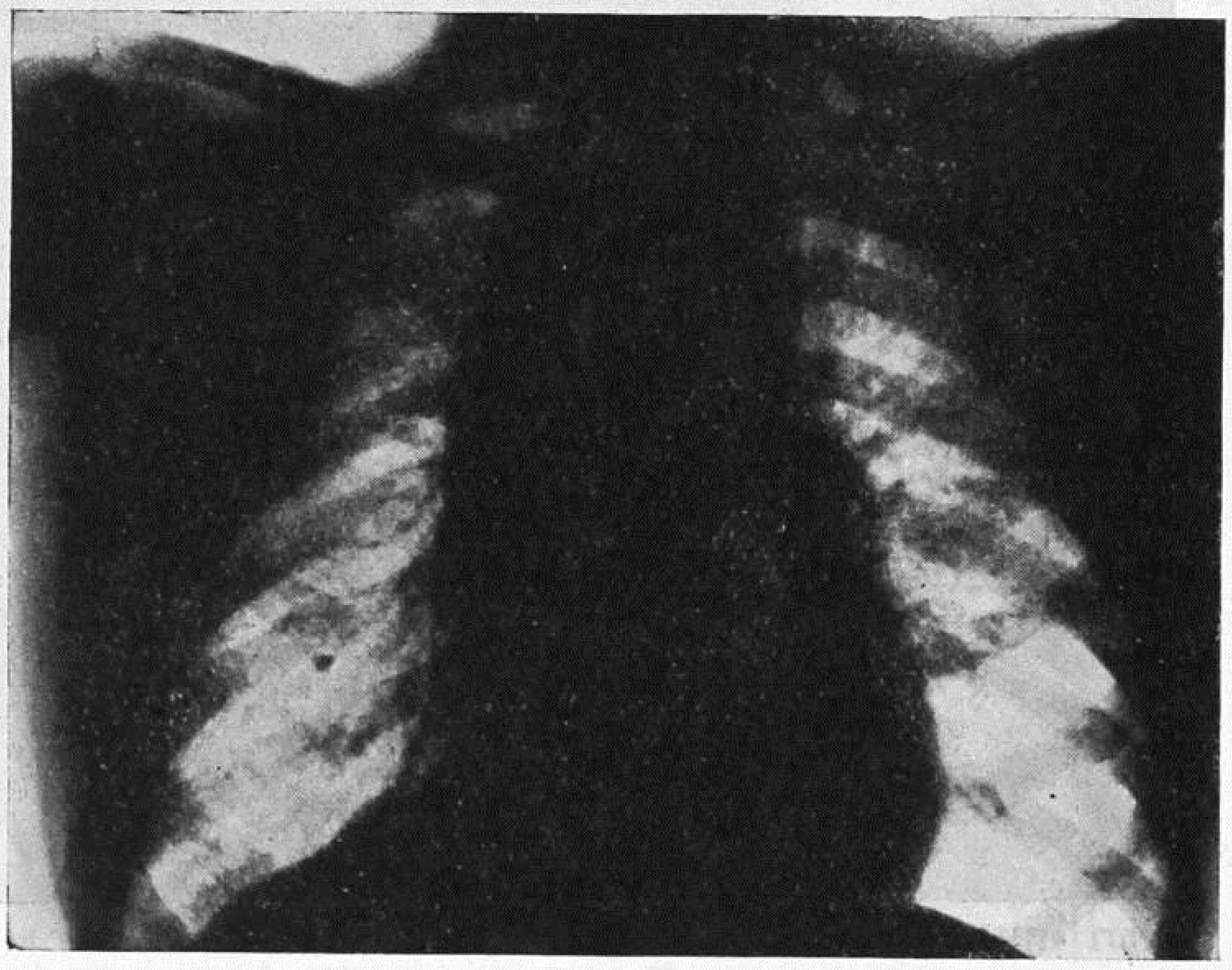


FIG. 5.

chezza, malessere generale, sputo emottoico. Viene internato in corsia il 14 febbraio del 1933 e vi rimane fino al 27 dello stesso mese senza che la temperatura raggiungesse i 37°. La reazione di Wassermann fu questa volta negativa mentre con grande nostra sorpresa, l'esame dell'espettorato eseguito due volte si presentò sempre positivo per il bacillo di Koch. La radiografia del torace (fig. 5) eseguita il 24 dello stesso mese, fece notare segni di infiltrazione fibroso-produttiva del lobo superiore destro, nel rimanente la stessa immagine dei films precedenti.

Con vivo interesse ho continuato ad occuparmi di questo malato del nostro dispensario e che oggi trovasi ricoverato in un sanatorio.

***

Dopo quanto ho esposto, risalta il fatto che nel nostro paziente, in un primo tempo, si notarono segni clinici e radiologici tanto evidenti da lasciare sospettare una lesione luetica polmonare.

A conferma di tale ipotesi vi era il dato anamnestico di una infezione luetica datante dal 1927 ed insufficientemente curata, ed a convalida di ciò si aggiungevano i seguenti elementi. linfoglandule presenti in quasi tutte le sedi, R. W. fortemente positiva, dolori reumatoidi vaganti, stanchezza fisica e stato depressivo, cefalea prevalentemente notturna.

A proposito della contemporanea presenza di manifestazioni sifilitiche nel corso di una localizzazione di questa malattia nei polmoni, alcuni AA. danno importanza alle localizzazioni laringee: e del nostro caso infatti non mancano fatti di iperemia delle corde vocali e l'ispessimento del bordo libero dell'epiglottide verso sinistra, da riferirsi ad esito di lesione specifica. Ma la constatazione più importante dal lato anamnestico vien fatta quando si apprende che il nostro paziente in pieno benessere, senza cause apprezzabili, un giorno si accorge della presenza di sputi striati di sangue, seguiti a breve distanza da sputi nettamente sanguigni, che cessarono dopo pochi giorni, nè più ricomparvero durante la cura antiluetica, la quale dette un notevole e celere miglioramento del quadro clinico. Per la tubercolosi depongono contro: i precedenti anamnestici, lo stato apirettico del malato e l'assenza dei sudori notturni, l'ottimo stato di nutrizione e di sanguificazione, l'esame dello sputo con l'assenza persistente del bacillo di Koch e con la negatività della prova biologica nella cavia, il modo di iniziarsi della malattia, la sua evoluzione ed il decorso clinico fin dalla prima degenza in ospedale.

Ritengo che solo dopo un'esatta valutazione di tutti i sintomi ed una severa critica di essi, può essere ammissibile, porre una diagnosi differenziale fra la sifilide polmonare e la tubercolosi polmonare, malattie queste che tuttora si confondono e che spesso si associano fra loro.

Gli stessi esami radiologici non chiariscono questa incertezza differenziale e non autorizzano una precisa diagnosi di natura. Già sappiamo, come varie malattie possano confon-

dersi e fra esse in special modo la sifilide, la tubercolosi ed in minor grado e frequenza la pneumoconiosi. Una diagnosi etiologica deve essere sempre corredata di dati clinici probabili e di ricerche di laboratorio.

La radiologia non ha dato in tema di diagnostica polmonare un quadro netto ben definito per una sicura diagnosi di lues del polmone e tale capitolo non è ancora definitivamente assestato.

Bisogna infatti ricordare che la sifilide del polmone non sembra avere carattere essenzialmente proprio. Escludendo la tubercolosi, la pneumoconiosi, le cisti ed il cancro del polmone, si può arrivare ad una diagnosi di probabile origine luetica, ma sono convinto che sia un errore fissare, come tanti hanno creduto fare, in base a dettagli radiologici, i caratteri più precisi di diagnosi di natura luetica di tante lesioni polmonari. Anche col sussidio di una reazione Wassermann positiva, la natura luetica del processo non può essere affermata, benchè alcuni sostengono che nella sifilide del polmone non manca quasi mai la prova positiva sierologica. Non può negarsi infatti che un tubercoloso possa essere un luetico, che un luetico possa essere portatore di un neoplasma o di una cisti del polmone e così di tante altre affezioni; sono frequenti poi i casi di associazione della sifilide con la tubercolosi.

Neanche la negatività ripetuta dal bacillo di Koch può essere una prova: quanti tubercolotici non hanno nello sputo presenza di bacilli?

Per alcuni AA. una prova tangibile dell'affezione specifica polmonare sarebbe la cura antisifilitica; ma questo segno non è sempre decisivo perchè qualche volta le alterazioni sifilitiche del polmone risentono poco o nulla i benefici della cura e altre volte invece lesioni non luetiche possono ritrarne vantaggi, specie se quest'ultime sono in soggetto luetico. *Per cui la diagnosi di sifilide polmonare deve essere clinicamente diagnosi di probabilità, non mai di certezza.*

Se la diagnosi radiologica è spesso impossibile, tanto maggiormente difficile, logicamente, deve essere la diagnosi clinica, che, almeno fino ad oggi, è fondata su segni semiologici molto vaghi, quali l'esistenza di una sifilide pregressa o ancora in attività con segni clinici manifesti in altri organi, la R. W. positiva, lo stato generale del malato, l'assenza spesso della febbre, lo stato dispnoico sproporzionato alle alterazioni del tessuto polmonare, l'assenza costante del bacillo di Koch e finalmente l'esito favorevole della cura, sulla qual cosa specialmente, la maggioranza degli AA. fonda con maggiori probabilità la diagnosi di natura. Ma per questi segni clinici, non suffragati da prove inconfutabili, non mi sembra possibile fare una diagnosi differenziale fra la sifilide polmonare e la tubercolosi specialmente, sia per il giustapporsi dei sintomi clinici, sia perchè spesso si presentano forme miste tubercolari-sifilitiche, o tubercolari veramente in soggetto sifilitico (come nel nostro caso); ed ove la tbc. in casi di soggetto luetico, assume un andamento a tipo sclerotico, giovandosi a volte della cura antisifilitica.

L'assenza del bacillo di Koch in tal caso non può fare assolutamente escludere la natura tubercolare, ma anche in tal caso, non è mai perciò solo dimostrabile la natura luetica della lesione perchè potrebbe esservi il dubbio di una forma mista.

Che nel nostro paziente le lesioni polmonari facessero in un primo tempo pensare certamente alla natura luetica è dimostrato dalle condizioni generali buone del soggetto sconcordanti con la diffusione del processo, dalla tosse, dall'emottisi che è stata episodica, dall'assenza della febbre, dall'anamnesi negativa per la tubercolosi, dall'assenza del bac. di Koch, dalla sicura infezione luetica con segni evidenti ancora in atto nel soggetto, dalla R. W. positiva, dal miglioramento ottenuto con la cura specifica e dalla dimostrazione radiologica, nonchè dal decorso clinico molto favorevole alla ipotesi di lue del polmone.

Il complesso primario di Gohn e Ranke presente nel campo polmonare destro non poteva far propendere per la diagnosi di tbc. polmonare, non essendo obbligatorio che tale complesso debba sempre accompagnarsi a focolai di infiltrazione tubercolare.

E la nostra diagnosi, alla prima uscita del paziente dal nosocomio, fu infatti di probabile sifilide polmonare, ma il caso volle che, dopo un mese circa, il paziente si ripresentasse a noi con nuovi disturbi (emottisi), e, sottoposto nuovamente ad accertamenti diagnostici, questa volta fu rivelata la presenza di bacilli di Koch nell'espettorato.

Rimanemmo sorpresi dall'evoluzione del male che ci pose il quesito, se alcune forme ritenute dagli AA. per lue del polmone, fossero veramente tali, o più verosimilmente non fossero che forme tubercolari in luetici, o anche forme ibride, che abbiano trovato giovamento dalla cura specifica.

Certo è che la sifilide può colpire qualunque organo e sistema, e non è impossibile che possa colpire anche il polmone.

Ma con quale frequenza si hanno le localizzazioni polmonari della sifilide, in verità non lo sappiamo. Le statistiche riportate potrebbero

essere alterate a causa di tanti fattori e specialmente dal polimorfismo che le lesioni luetiche presentano, polimorfismo che può del resto confondersi con altra affezione di natura diversa.

Inoltre è noto che come vi sono forme sicure di tbc. polmonare con espettorato negativo e R. W. negativa non possono escludersi casi di tbc. polmonare che abbiano R. W. positiva ed espettorato negativo. In questi casi è vero che è necessario pensare alla possibilità della sifilide del polmone, ma non è detto che l'avere la R. W. positiva e l'espettorato negativo significhi in maniera assoluta che il soggetto sia affetto da sifilide polmonare. La verità è che non è possibile creare un tipo clinico sicuro e tipico di tale malattia (lues pulmoni) e molti altri AA. (Sergent, Benda), ritengono che la lue si associ con le lesioni tubercolari del polmone aggravandone il decorso.

Ora si capisce che in questi casi di simbiosi (terreno luetico in cui sia impiantato un processo tubercolare) la cura antiluetica non possa non giovare al miglioramento netto della lesione sia dal punto di vista clinico che radiologico. Per questa ragione vediamo nella letteratura casi di cosiddetta sifilide polmonare migliorare, e, qualche volta, anche guarire con la cura specifica. Si spiega che la cura salvarsanica (cura arsenicale) giova anche al processo tubercolare, così potrebbe giovare la cura bismutica, mercuriale, iodica, migliorando indubbiamente la lesione luetica in un soggetto tubercoloso. Però non sappiamo in molti casi che si trovano descritti nella letteratura quale destino abbiano avuto i malati diagnosticati per luetici polmonari, qualche anno dopo la cura. A tale proposito è di ammaestramento il caso da noi osservato che era stato diagnosticato per lues polmonare e tale sarebbe rimasto se non fosse più capitato alla nostra osservazione o se, anche ripresentandosi, il paziente non avesse avuto nei mesi successivi la presenza del bacillo di Koch nello sputo.

Detta dimostrazione del bacillo avrebbe potuto mancarci per più mesi ed anche per qualche anno ed avrebbe data la conferma che si trattasse più probabilmente di sifilide polmonare. Ma in quale errore saremmo caduti? Il nostro caso, chiaramente oggi, ci dimostra e conferma che la diagnosi clinica di lue polmonare è quasi impossibile prestandosi facilmente ad errori più o meno grossolani. Questo caso ci insegna (essendo migliorato sotto la cura specifica) che la sifilide polmonare viene diagnosticata con troppa facilità senza seguire a distanza il destino dei malati, e che tutti i concetti fino ad oggi invocati a convalida della diagnosi clinica di questa malattia, pur avendo un certo valore, sono però più o meno infidi e devono essere vagliati con estrema prudenza. Infatti il mio malato dopo la prima diagnosi di sifilide polmonare migliorò con la cura specifica, però dopo un primo periodo di cura, a distanza di un mese, dalla sua uscita dall'Ospedale peggiorò ed ebbe, come ho detto, lo sputo positivo per il bacillo di Koch.

RIASSUNTO.

L'A. afferma che la diagnosi di sifilide polmonare deve essere clinicamente diagnosi di probabilità, non mai di certezza, e il caso da lui illustrato conferma il presupposto.

(Giunto in redazione nel febbraio 1934).

BIBLIOGRAFIA

ALESSANDRINI P. *Radiologia Medica*, 1921, n. 2.
ANDRAIN. *Contribution à l'étude diagnostique et clinique de la syphilis pulmonaire.* Caen, 1905.
ASSMANN H. *Klinische Roentgendiagnostik*, 4 ed., 1929, pag. 342.
BALZER F. *Sifilide dei polmoni* In « Gilbert et Thoinot. Traité de Médecine », vol. XXIX, p. I.
BLANCHES. *Pleuro syphilis secondaire.* Thèse de Paris, 1912.
BOATTINI. Lo Sperimentale, 1928, n. 3.
ID. Archivio Italiano di Anatomia e Istologia Patologica, 1931, n. 3.
BOURCY. *Syphilis pulmonaire.* In « Traité thér. prat. » di A. Robin, 1912, t. I.
BRELET. Gazette des Hôpitaux, 1914, 8 luglio.
BRUNETTI. Boll. Sez. Reg. Soc. It. Derm., 1931, 5 ottobre.
BUA F. Minerva Medica, 1931, n. 18; Radiologia Medica, 1931, pag. 1266.
BUFALINI. Rivista Clinica Medica, 1925, n. 19-20.
BURKE E. British Journ. of Vener. Diseases, 1927, v. III, n 2.
CANALE. Rivista Clin. Medica, 1930, n. 1.
CARRERA. The American Journ. of Syph., gennaio 1920.
CASTELLI. Dermosifilografo, 1927, n. 7.
CECONI. Minerva Medica, 1922, n. 22.
DE JONG. Annales d'Anat. Path., 1926, v. III, n. 3.
DEVOTO L. *Le lesioni non tubercolari dell'apice polmonare.* 24° Congr. It. Med. int., Genova, 1914. Relazione.
DEVOTO L. *Patologia atubercolare dell'apice.* Opera Medica Wassermann, vol. I, 1916.
DOBELLI. Boll. San. Amm. Osped. Riun., Cremona, 1925, n. 10.
DÜNNER v. LEESER e BLUM. *Die Lungensyphilis des Erwachsenen.* Tbk. Bibl. Leipzig, J. Barth.
ELIAZEDE P. An. Pat. y Patog. sif. pulm., Buenos Aires, 1919.
FANELLI. Il Morgagni, 1926, n. 44.
FERRANNINI L. La Riforma Medica, 1915, nn. 5-6.
FOURNIER E. *Traité de la syphilis*, 1906, vol. II.
ID. Acad. de Méd., 1878, 19 nov.
FRANCO P. M. Folia Medica, 1928, nn. 11-12.
GARRETON e SALAS. Revista Medica de Chile, 1929, n. 2.
GAUCHER e LONSTRE. Soc. de Derm. et de syphil., 4 maggio 1905.

GIUNTOLI L. Gazzetta Ospedali e Cliniche, 1929, vol. I, n. 8.
GOUGERT. Ann. Mal. Ven., 1928, p. 418.
GREER A. Amer. Journ. Syph., 1930, n. 14.
GRENET, LEVENT, PELISSIER. *Les syphilis viscerales tardives*. Paris, Masson, 1927.
GUARINI C. *Roentgen-Diagnostica delle malattie pleuro-polmonari*. Milano, Soc. Ed. Lib., 1923.
HAMMER. Archivio di Radiologia, 1931, n. 3.
HERMAN K. Roentgenpraxis, 1930, n. 2.
HOCHSTETTER. Mediz. Welt, 1931, n. 35.
HUTTER H. Amer. Journ. Roentgen, 1930, n. 24.
IACONO I. *Sindromi pseudotubercolari del polmone*. Napoli, « La Nuovissima », 1927.
JACOB. Revue de la Tuberculose, 1923.
KONSTOM. *Sifilide polmonare*. Lancet, 1929, p. 756.
KROHN G. *Beitrag zur Kenntnis der Lungen-syphilis*. Münster Dissert., 1928.
LAILLER. Thèse de Landrieux.
LANDSBERG F. Virchows Arch., 1930, n. 277.
LAURI A. Nuova Medicina Italica, 1928, n. 2.
LECAPLAIN. Normandie Médicale, 1923, 1.
LEPINE. Société Méd. d. Hôpitaux, 26 maggio 1899.
LIEVEN A. Zentralblatt Radiol., vol. II, f. 3.
LUCACER *Sifilide polmonare*. Le Forze Sanitarie, 1933, n. 29, p. 2094.
LUNDHOLM e MASCHER. Beitr. Klin. Tbk., 1932, 79.
LUZZATTO-FEGIZ. *La sifilide del polmone*. Le Forze Sanitarie, 1933, n. 17, p. 1244.
MANCA C. Arch. Scienze Mediche, 1928, 52.
MARTELLI C. D. *La sifilide ignorata e strana*. Milano, Soc. Ed. Libr., 1923.
PANCRITUIS. *Ueber Lungensyphilis*. Berlino, 1881.
PASINI G. Minerva Medica, 1931.
PERACCHIA L. Il Dermosifilografo, 1934, n. 1.
POLESE N. Il Morgagni, 17 aprile 1929.
POGGIO G. La Clinica Medica, 1924, n. 11.
POLLANO. Boll. Sez. Reg. Soc. It. Derm. Sif., 1932, n. 3.
PONTANO T. Policlinico, Sez. pratica, 1920, n. 46.
RENZI. Gazz. Osped. e Clin., 1904, pag. 149.
ROUBIN. Policlinico, Sez. pratica, 1932, n. 27.
SERGENT. *Syphilis et tuberculose*. Paris, 1907.
ID. Journ. de Méd. et de Chir. prat., 1913.
ID. Presse Médic., 13 luglio 1912.
ID. *Études cliniques sur la tuberculose*. Paris, 1919.
SERGENT e BENDA. Paris Médic.. 1930, n. 7.
SCHINK. *Lehrbuch des Roentgendiagnostik*. Leipzig, 1928.
SCHLESINGER. Beitr. klin. Tbk., 1932, 79.
TEDESCHI E. *Le lesioni non tubercolari dell'apice polmonare*. 24° Congresso It. Medic. Interna, Genova, ottobre 1924. Relazione.
VALZELLI. Pensiero Medico, 1921, n. 42.
VERSE M. Zentralbl. Rad., Bd. 12, H. 6.
ZAPPIA. Rassegna Intern. Clinica e Terapia, 1924,

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

Il fenomeno di Sanarelli-Shwartzman.

Fin dal 1916 Sanarelli in una comunicazione all'Accademia delle scienze di Parigi, rendeva noto d'essere pervenuto, nel corso di ricerche sulla patogenesi del colera, alla conoscenza di un fenomeno mai prima notato e che consiste in ciò: in un coniglio preparato mediante l'iniezione di una dose subletale di vibrioni colerici, una iniezione endovenosa di colitossina (brodocoltura di colibacilli, filtrata al 3° giorno per candela Berkefeld e conservata in ghiacciaia), eseguita a 24 ore di distanza, provoca convulsioni, dispnea, accessi di soffocazione, algidità e l'autopsia rivela stasi venosa dei visceri, emorragie nell'omento, congestione renale e intestinale con esfoliazione degli epiteli mucosi e sierosi: un insieme di fenomeni denotato da Sanarelli come *epilallassi*.

Del tutto analogo è un fenomeno descritto da Shwartzman nel 1928 e da lui chiamato « fenomeno della reattività locale cutanea ai filtrati microbici ». Se ad un coniglio si inietta nella cute dell'addome depilata una piccola quantità di filtrato di culture di tifo e dopo 24 ore si inietta nelle vene una piccola quantità, proporzionale al peso corporeo degli animali, dello stesso filtrato, dopo 4-5 ore si osserva una reazione intensamente emorragica e necrotica nel luogo della prima iniezione.

Successivamente Shwartzman osservò che i filtrati di molti microrganismi sono attivi nel provocare il fenomeno.

Bordet, sperimentando su animali tubercolotici o vaccinati con BCG e trattati con iniezione endovenosa o intraperitoneale di emulsione di colibacillo, ha dimostrato l'intensa reazione locale dei gangli linfatici, dove si riscontrano i germi tubercolari e il BCG; fenomeni ancora più intensi ottenne con iniezione di *B. proteus* e dei filtrati della cultura di esso. Bordet riconnette tali risultati alle osservazioni di Sanarelli e di Shwartzman.

Gratia e Linz, usando un filtrato di vibrione colerigeno e seguendo il metodo indicato da Shwartzman, dell'iniezione intracutanea seguita da quella endovenosa, hanno ottenuto nello stesso animale la tipica reazione di Shwartzman nella sede della iniezione intracutanea e i classici reperti di Sanarelli negli organi addominali,

Nessun dubbio dunque sulla identità dei due fenomeni. Il fenomeno di Shwartzman, nota Amantea, non è che il fenomeno di Sanarelli in sede diversa. È pertanto giusto che, seguendo la proposta di Gratia e Linz e di Frugoni, i fenomeni osservati siano riuniti sotto il nome di « *Fenomeno di Sanarelli-Shwartzman* ».

Numerosissime ricerche hanno recentemente

precisato alcuni elementi del fenomeno di Sanarelli-Shwartzman.

Oltre al coniglio, sono animali recettivi la capra e il cavallo e, per alcune osservazioni di Melenus e di Stolygwo, sembra che il fenomeno possa prodursi anche nell'uomo. Insensibili sono invece il cane e il ratto e quasi insensibile la cavia. Esistono differenze individuali di sensibilità al fenomeno anche in animali della stessa nidiata e i giovani sarebbero più sensibili, mentre i neonati sarebbero perfettamente refrattari.

Riguardo alla modalità delle iniezioni, mentre secondo Shwartzman l'iniezione preparante deve essere intracutanea, Gratia e Linz l'eseguiscono anche per via endovenosa. Quanto alla iniezione scatenante, è necessario, perchè il fenomeno compaia, che le sostanze entrino rapidamente nella circolazione sanguigna, sia direttamente, sia attraverso un rapido assorbimento peritoneale. È interessante notare che, secondo Bock, è necessario che le sostanze scatenanti entrino nella circolazione venosa, cioè che passino attraverso il circolo polmonare. Infatti, eseguendo l'iniezione scatenante nel cuore sinistro, Bock non ha ottenuto alcuna manifestazione evidente, mentre eseguendola nel cuore destro ha ottenuto in 7 animali 5 tipiche reazioni.

Il tempo *optimum* di incubazione è di circa 24 ore.

Per quel che riguarda le sostanze capaci di preparare e di scatenare la reazione, occorre notare che mentre vi sono sostanze capaci nello stesso tempo di preparare la reazione e di scatenarla (fattori preparatori e reattivi), altre ve ne sono che o contengono solo fattori preparatori o solo fattori reattivi.

Le sostanze del primo gruppo, che contengono cioè fattori preparanti e reattivi, sono capaci di dare reazione crociata con altre sostanze dello stesso gruppo. Ad esse appartengono solo sostanze derivate da microrganismi e non da tutti: lo stafilococco p. es. non è capace di fornire sostanze atte a produrre il fenomeno di S.-S. e così la tubercolina.

Sostanze contenenti solo fattori preparatori sarebbero l'olio di vaselina, la ricina e l'albume d'uovo. Sostanze contenenti solo fattori reattivi sarebbero le tossine usate per la provocazione del fenomeno trasformate in tossoidi alla Ramon, i filtrati di alcuni anaerobi, l'agar iniettato endovena, i precipitati di siero e antisiero omologo.

Esiste una immunità spontanea individuale e di specie rispetto alle manifestazioni del fenomeno di S.-S. Si è inoltre osservato che è possibile provocare un certo grado di immunizzazione attiva mediante iniezioni preparanti ripetute e che mediante iniezioni preventive di anticorpi della sostanza batterica scatenante è possibile conferire una certa immunizzazione passiva. Il trasporto passivo della reattività non è stato invece sicuramente dimostrato.

Sembra ancora che si possa inibire o esaltare la reazione emorragica a mezzo di sostanze permealizzanti o depermealizzanti, nel senso che le sostanze depermealizzanti impediscano la diffusione del filtrato sulla cute, in modo da farlo rimanere in forte concentrazione nell'area preparata, e viceversa le sostanze permealizzanti diffondano talmente il filtrato che esso viene ad essere diluito e quindi incapace di sensibilizzare i tessuti.

Importante è poi il fatto che Shwartzman è riuscito a neutralizzare i fattori preparatori e scatenanti mediante sieri immuni omologhi.

Tale neutralizzazione non è sempre completa, ma può divenirlo aggiungendo un siero « ausiliario », che non è però il complemento e non ha relazione apparente con la proprietà anticomplementare del siero di cavallo.

È ancora da notare che il potere neutralizzante del siero è indipendente da quello agglutinante e che il filtrato neutralizzante può essere riattivato con l'aggiunta di siero di sangue.

Attraverso queste esperienze sui fattori reattivi e loro neutralizzabilità siamo così venuti a conoscenza di una nuova proprietà antigenica dei germi patogeni e di nuovi fattori tossici che molto probabilmente esercitano la loro azione nelle infezioni sia acute che croniche e si è così aperta la strada a considerare la sieroterapia delle malattie infettive sotto nuovi punti di vista o almeno a vederne alcuni punti deboli che eventualmente potranno essere corretti per raggiungere una perfezione sempre maggiore in questo campo così moderno della terapia (N. Cassuto).

Dato che la possibilità di rispondere con emorragia ad una determinata iniezione scatenante, quando sia avvenuta una preparazione poco tempo prima, non è esclusiva della pelle, si è tentato di produrre una reazione focale a livello di vari organi, e quasi sempre con risultato positivo. Così si sono ottenuti fatti emorragici nei polmoni (Shwartzman, Gratia e Linz), nella sinovia dell'articolazione del ginocchio (Moritz e Morley), nell'occhio e negli annessi oculari (N. Cassuto), nel pancreas (Reitano e Loi), nel testicolo, nel rene, nell'intestino, ecc. Le sierose non sono refrattarie alle manifestazioni emorragiche del fenomeno di S.-S., ma perchè queste si verifichino occorre una preparazione generale, probabilmente per il fatto del grande potere di assorbimento di cui sono dotate le sierose, che non permette ai filtrati di rimanere in sito.

In tre organi non si notano mai emorragie, e cioè nel fegato, nel sistema nervoso centrale e nelle capsule surrenali. I primi due organi, secondo i fisiologi, non hanno reazioni vasomotorie, e questo sarebbe un dato di più in favore dell'importanza dei fatti vasomotori nel fenomeno.

Quanto alla natura del fenomeno, la più gran

parte degli AA. crede trattarsi di un processo di natura anafilattica o meglio anafilattoide. Il Sanarelli definisce l'epitallassi quale fenomeno generale di natura fisico-chimica, analogo all'anafilassi, dovuto all'alterazione diffusa e subitanea dell'equilibrio dei colloidi organici. Amantea ritiene che il fenomeno non sia di natura anafilattica, essendo provocabile anche in animale scomplementato; ma anafilattoide.

Lo Shwartzman nega il carattere anafilattico e pensa ad un disturbo funzionale transitorio delle cellule, indotto dal fattore preparatorio e insorgente dopo una breve incubazione. Gratia e Linz riscontrarono delle analogie con il fenomeno di Arthus, in base alle quali concludono per il carattere anafilattico del fenomeno. Secondo questi AA. e secondo Cassuto, autore di una pregevole rivista sull'argomento (*Boll. I. S. M.*, ott. 1933), il fenomeno di S.S., accanto a quello di Koch, di Arthus, all'anafilassi, costituisce una delle tante manifestazioni di una medesima proprietà dell'organismo in stato di allergia.

I vari problemi riferentisi al fenomeno di S.S. sono ancora allo studio, ma i risultati finora acquisiti sono stati già utilizzati a fini pratici, sia per la titolazione dei sieri terapeutici mediante il saggio del potere neutralizzante verso i fattori del fenomeno di S.S. anzichè secondo il potere agglutinante, sia per la preparazione di sieri terapeutici in cui gli anticorpi neutralizzanti siano in concentrazione maggiore che non nei sieri usati comunemente per la sieroterapia, in modo da poter offrire al malato una difesa più valida anche in questo senso.

È pertanto lecito sperare che gli studi ulteriori aggiungano nuove messi di utili risultati ai fini dello studio delle infezioni e della cura dei malati. C. TOSCANO.

SUNTI E RASSEGNE.

RICAMBIO.

La colesterinemia. Metabolismo, clinica, terapia.

(G. LAROCHE e A. GRIGAUT. *Journ. Méd. Franç.*, febbraio 1935).

Metabolismo. Per quanto interamente diversa dalle sostanze grasse per la sua formula ciclica complessa, la colesterina presenta con esse stretti rapporti e si può dire che il metabolismo della colesterina si confonde con quello dei lipidi ai quali è intimamente legato.

Le variazioni della colesterinemia osservate tanto in clinica che sperimentalmente si accompagnano sempre ad una variazione parallela delle sostanze grasse e della lecitina.

La stretta relazione che unisce la colesterina e le sostanze grasse sul metabolismo appare anche nella facilità con la quale l'organismo è capace di fabbricare la colesterina a partire dai grassi.

La colesterina è un alcool e, come tale, è suscettibile di combinarsi agli acidi grassi per formare degli esteri. La maggior parte della colesterina contenuta nel sangue è combinata agli acidi grassi sotto forma di esteri; la colesterina delle emazie invece è in totalità allo stato di colesterina libera.

Gli esteri di colesterina, per la presenza di acidi grassi nella loro molecola, fanno parte del gruppo dei lipidi, mentre la colesterina libera deve teoricamente essere classificata a parte. Sembra pertanto difficile non comprendere nello stesso studio l'insieme di questi corpi così vicini per proprietà biologiche e caratteri fisici.

Gli acidi biliari veri, che si trovano nella bile allo stato di combinazione con la taurina e la glicocolla per formare gli acidi biliari propriamente detti, sono dei derivati della colesterina e, dal punto di vista sperimentale, la realtà di una trasformazione della colesterina in acidi biliari nell'organismo si basa su fatti numerosi. Il fegato ha un'importanza incontestabile nel metabolismo della colesterina in quanto trasforma la colesterina in acidi biliari ed esterifica la colesterina, oltre ad avere una funzione lipopexica.

Oggigiorno si comincia inoltre ad intravedere l'importanza della colesterina nella genesi delle sostanze ormonali. Numerosi ormoni genitali hanno la struttura ciclica della colesterina ed esistono nell'organismo tutta una serie di corpi che dimostrano il passaggio dalla colesterina agli ormoni genitali. È poi da osservare che le ghiandole endocrine si caricano in certi periodi e sotto diverse influenze patologiche di quantità considerevoli di colesterina, ed è possibile avanzare l'ipotesi di una correlazione fra questo sovraccarico colesteri-

nico e la formazione degli ormoni a struttura sterolica (corticalina per le capsule surrenali, luetina per il corpo luteo, ecc.).

A questa lista degli ormoni a struttura sterolica conviene aggiungere l'ergosterina, che dà origine alla vitamina D. L'ergosterina è un isomero della colesterina.

Il tasso della colesterina e quello della lipidemia che, come si è visto, sono strettamente legati, sono sotto la dipendenza di un meccanismo regolatore al quale partecipano tutti gli organi, ma in modo speciale alcuni di essi.

La corteccia surrenale è ricca di colesterina che si accresce considerevolmente nel corso di certe ipercolesterinemie e diminuisce negli stati di ipocolesterinemia. Nel corpo luteo si ha un sovraccarico di colesterina durante l'ipercolesterinemia gravidica.

Sono la corteccia surrenale ed il corpo luteo degli organi formatori di colesterina o si tratta soltanto di semplici depositi di colesterina? È questo un problema al quale non si può finora rispondere con certezza.

La tiroide esercita un'azione regolatrice sulla lipidemia e la colesterinemia e così la milza. Del fegato si è già detto. Il polmone esercita ugualmente una funzione di arresto sui lipidi e sulla colesterinemia.

Da un punto di vista generale, il sangue efferente degli organi (esclusi il fegato e il polmone) ha un tasso di colesterina e di lipidi superiore a quello del sangue afferente. Il sangue così si arricchisce di sostanze grasse e perde questo eccesso durante la traversata dei polmoni. Questo ciclo è retto dall'intensità delle combustioni e aumentando queste si può fare abbassare il livello della lipidemia e della colesterinemia.

L'importanza biologica della colesterina non può essere che considerevole. Basta pensare che essa esiste in tutte le cellule e si associa a tutte le funzioni vitali.

La colesterina esiste in abbondanza nei tessuti nobili, il tessuto nervoso, le ghiandole endocrine. Essa ha una grande importanza come isolante dei cilindrassi e delle fibrille nervose ed è grazie ad essa che l'influsso nervoso può essere trasmesso con nettezza, senza rischio di confusione. Noi conosciamo ugualmente l'azione idrofilica della colesterina, il grado di idratazione dei tessuti essendo in correlazione diretta con il rapporto *colesterina: acidi grassi*. È noto il suo potere antiemolitico e si suppone la sua partecipazione nei processi antiinfettivi e antitossici, nel meccanismo della immunità, nelle funzioni pigmentarie, ecc.

Clinica. Variazioni della colesterinemia si verificano quasi esclusivamente nel plasma sanguigno, mentre il tasso di colesterina delle emazie resta praticamente immutabile e indipendente dalle condizioni fisiologiche e patologiche.

La colesterinemia del siero, che si designa semplicemente sotto il nome di colesterinemia, è normalmente da gr. 1.50 a gr. 1.80 per litro. Essa è suscettibile di discendere fino a cifre vicine a gr. 0.50 (ipocolesterinemia) o al contrario di elevarsi fino a raggiungere eccezionalmente 18-20 gr. per litro (ipercolesterinemia). Una parte importante della colesterina è combinata agli acidi grassi (esteri di colesterina), l'altra parte è libera. Il rapporto esteri di *colesterina: colesterina totale*, normalmente nel siero di 60 % può abbassarsi nelle malattie del fegato fino a divenire nullo nell'ittero grave.

L'ipocolesterinemia si osserva durante le infezioni in cui raggiunge valori tanto più bassi quanto più la malattia è grave. Al momento della convalescenza la cifra della colesterina sanguigna si eleva e oltrepassa più o meno la normale (ipercolesterinemia secondaria).

Nelle infezioni gravi, la persistenza di un valore basso di colesterinemia è di prognosi cattiva.

Nella tubercolosi polmonare il tasso della colesterinemia è normale e si abbassa solo nelle forme gravi e fatali.

L'ipocolesterinemia nelle infezioni si accompagna sempre ad un abbassamento parallelo delle sostanze grasse e sembra in rapporto in gran parte con l'aumento delle ossidazioni e l'autofagia.

Ipocolesterinemia è stata constatata nel rachitismo, nella craniotabe e nell'osteomalacia.

Quanto alle ipercolesterinemie, l'eccesso di colesterina alimentare provoca un aumento temporaneo o duraturo della colesterinemia (ipercolesterinemia alimentare) secondo la persistenza del regime.

La presenza della colesterina non è indispensabile in quanto un regime grasso esente da colesterina conduce ugualmente ad ipercolesterinemia in ragione della facilità con cui l'organismo trasforma i grassi in colesterina.

Molto rapidamente queste ipercolesterinemie, se persistenti a causa di un regime sovrabbondante e continuo, conducono a squilibri e alla pletora.

Il gruppo più omogeno delle ipercolesterinemie comprende le ipercolesterinemie di origine epatica.

Quando un ostacolo si oppone al flusso regolare della bile, si ha un accumulo di colesterina nel sangue. Queste ipercolesterinemie, che possono salire a 5 gr. e più, si riscontrano in clinica in tutte le malattie infettive, tossiche o meccaniche che provocano ittero da ritenzione.

A lato di questi malati occorre mettere quelli che, senza presentare ittero manifesto, sono affetti da insufficienza della cellula epatica.

Qui, come in tutti i casi di ipercolesterinemia, il disturbo non è limitato alla colesterina ma si estende ai lipidi, che sono aumentati in modo parallelo.

Un fatto da notare negli epatici è la proporzione spesso debole degli esteri di colesterina rispetto alla colesterina totale, per cui il rapporto normalmente del 60 per 100 si abbassa proporzionatamente alla gravità dello stato e può in certi casi avvicinarsi a zero.

A questi itteri epatici che si accompagnano ad ipercolesterinemia passiva o da ritenzione, si oppone l'ittero emolitico che evolve senza ipercolesterinemia, ed è questo un elemento diagnostico fra le due specie di ittero.

L'ipercolesterinemia è frequente nella litiasi biliare, ma non ne costituisce un segno costante.

In certi epatici si trovano delle produzioni nodulari di colesterina, in rapporto con lo stato di sovraccarico colesterinico dell'organismo (xantelasma e xantoma). Lo xantoma congenito non è che una varietà particolare dello xantoma epatico; esso indica un disturbo congenito del metabolismo colesterinico.

Un altro gruppo comprende le ipercolesterinemie nel corso delle malattie renali. L'ipercolesterinemia accompagnata da aumento di grassi del sangue, non è parallela nè all'albuminuria nè all'ipertensione; essa coesiste più spesso con l'azotemia senza che vi sia un parallelismo fra i due disturbi.

Nella nefrosi lipoidea la colesterina è aumentata in proporzione dell'aumento nel sangue delle sostanze grasse e il dosaggio della colesterina costituisce un segno pratico per apprezzare il tasso della lipidemia.

L'ipercolesterinemia dei brightici non ha lo stesso significato biologico di quella degli epatici. L'esame clinico e biologico non permette di rilevare in questi malati alcun disturbo funzionale del fegato. Il rapporto *esteri di colesterina*: *colesterina totale* è normale. Un'altra differenza è data dal fatto che negli epatici ipercolesterinemici le capsule surrenali sono di volume ed aspetto normale, mentre nei brightici ipercolesterinemici esse sono aumentate di volume e la corteccia è ricca di colesterina.

In alcuni brightici gravi si vedono apparire nella retina delle placche bianche grassose, formate di sostanze grasse e molto ricche di colesterina: *retinite a placche bianche;* queste formazioni sono in rapporto con l'ipercolesterinemia.

L'ipercolesterinemia dei diabetici non è che la rivelazione dello stato di lipidemia frequente nel corso di questa malattia. Nei diabetici si possono riscontrare noduli cutanei di xantoma e formazioni biancastre retiniche.

I malati affetti da malattie vascolari presentano frequentemente un aumento moderato della colesterina e dei grassi del sangue. Questa ipercolesterinemia è irregolare nell'ateroma e nell'ipertensione, mentre è costante nell'arterite obliterante.

Nel mixedema e nell'insufficienza tiroidea si osserva un aumento modesto della colesterinemia, in rapporto con la diminuzione delle ossidazioni.

Nell'obesità, nella gotta, nelle malattie della nutrizione l'ipercolesterinemia è quasi costante. In queste malattie all'insufficienza delle combustioni si può talora aggiungere un elemento epatico come causa di aumento di colesterina.

In clinica si osservano ancora delle ipercolesterinemie più o meno durature in rapporto sia con una alimentazione ricca in grassi o ad un regime ricco in bevande alcooliche sia con stati di gravidanza o di allattamento.

Terapia. Le ipocolesterinemie che, in tesi generale, sono in rapporto con la deficienza di processi di difesa dell'organismo, sono giustiziabili con un trattamento generale dinamogenico e ricostituente, subordinato alla natura della malattia e allo stato dell'organismo infetto o intossicato.

Nel periodo di stato delle malattie infettive si ricorrerà ai tonici abituali e si instituirà un regime in cui figurino gli alimenti ricchi di colesterina o colesterinogenici: uova, cervello, burro, ecc. Questo regime non deve però essere seguito a lungo per evitare l'ipercolesterinemia persistente.

In certe malattie da carenza, come il rachitismo, è opportuno insistere su questa alimentazione colesterinogenica attivandola con le irradiazioni ultraviolette o con i bagni di sole.

L'ipercolesterinemia sarà trattata diversamente a seconda delle origini diverse.

Nelle ipercolesterinemie epatiche tutti i colagoghi potranno dare buoni risultati. Gli AA. segnalano d'aver avuto dei miglioramenti e la scomparsa di xantomi con l'azione dei raggi X sul fegato.

Nei casi in cui l'ipercolesterinemia è causata da deficienza dei processi generali di ossidazione cellulare e da diminuzione di ossigenazione polmonare, avranno indicazione tutte le medicazioni capaci di intensificare o regolarizzare le combustioni dell'organismo, ed in primo luogo l'ossigenazione per miglior ventilazione polmonare, le cure di esercizio, lo iodio, gli estratti tiroidei. La medicazione tiroidea non deve essere usata sistematicamente e deve essere riservata ai casi in cui esiste una insufficienza tiroidea. I preparati a base di dinitrofenolo che portano un rapido dimagramento negli obesi e abbassano la colesterinemia, sono tossici.

L'uso degli ormoni trova la sua indicazione in casi particolari (insulina nei diabetici).

Le cure idrominerali tipo Vichy fanno abbassare la colesterinemia in modo molto rapido.

Il regime alimentare deve essere privo di alimenti ricchi in colesterina o in grassi generatori di colesterina (uova, burro, crema, cervello). È inoltre essenziale, specie negli epatici, sopprimere ogni alimento capace di affa-

ticare la cellula epatica: salse, fritture, intingoli, ecc.). Nello stabilire il regime bisogna poi considerare che molti di questi ipercolesterinemici sono dei pletorici, piccoli o grandi obesi, e dei sovralimentati. Occorre dunque stabilire una razione carenzata, almeno per un certo periodo di tempo, per forzare l'organismo a bruciare le sue riserve.

C. TOSCANO.

Sull'azione ipochetonemizzante dello solfo.

(G. CAVALLI. *La Riforma Medica*, 23 febbraio 1935).

Studi recenti hanno dimostrato che lo solfo ha una azione particolare sul metabolismo degli idrati di carbonio: esso è nei diabetici ipoglicemizzante e antiglicosurico ed esplica anche una azione costante, per quanto modica, sulla chetonemia e chetonuria, abbassandone i valori.

L'A. s'è prefisso di studiare gli effetti dello solfo sulle iperchetonemie non diabetiche onde constatare se anche in tali condizioni esso sia capace di abbassare la quantità dei corpi chetonici circolanti. In chirurgia è frequente la iperchetonemia post-operatoria, e quella da digiuno che si riscontra facilmente nei malati colpiti da processi acuti dell'apparato digerente. Il rimedio universalmente usato per la iperchetonemia è l'insulina; ma recentemente è stata anche adoperata la vitamina B, la quale oltre ad avere una azione identica a quella dell'insulina, avrebbe il vantaggio di non essere tossica, anche se somministrata a forti dosi. Campanacci e Rizzi hanno infine dimostrato che i preparati di solfo, possono ricondurre verso la norma la glicemia e il tasso di glicogeno epatico e muscolare dei piccioni in avitaminosi B.

L'A. ha istituito delle ricerche su operati, specialmente per malattie gastro-enteriche: in 2ª e 3ª giornata dopo l'intervento, dopo un primo prelevamento di sangue per dosarvi la chetonemia, iniettava mmgr. 0,66-0,88 di solfo indi procedeva a due altri dosaggi dei corpi chetonici del sangue, uno dopo un'ora e mezzo e l'altro dopo cinque ore dall'iniezione. L'iniezione di solfo determinò costantemente una diminuzione dei valori chetonemici che dopo l'intervento erano più o meno elevati e tale diminuzione si mantenne, per quanto in grado minore, nelle cinque ore successive. L'entità della diminuzione dei corpi chetonici oscillò fra il 20 e il 40 %. Nello stesso tempo l'A. osservò che lo solfo aveva anche azione lievemente ipoglicemizzante. La spiegazione del meccanismo di azione dello solfo va ricercata nel fatto che esso è capace di determinare un aumento dei depositi di glicogeno del fegato: scomparendo la carenza del fegato in glicogeno, ne deriva la scomparsa della iperchetonemia che è la conseguenza diretta di tale carenza.

Un secondo gruppo di esperienze l'A. ha praticato iniettando in alcuni malati della vitamina B; ottenendo una diminuzione della iperchetonemia pressochè uguale a quella avuta con lo solfo. Probabilmente è proprio la frazione sulfurea contenuta nella vitamina B che agisce sul metabolismo degli idrati di carbonio.

VICENTINI.

MISCELLANEA.

Il mal di mare. Prevenzione. Trattamento.

(P. CAZAMIAN. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 25 febbr. 1935).

Il mal di mare deve essere considerato un disordine vago-simpatico della vita vegetativa, mantenuto dalle secrezioni endocrine perturbate, e provocato, per via riflessa, dall'influenza di innumerevoli eccitazioni anormali sensitivo-sensoriali provocate dalle oscillazioni disordinate del corpo nello spazio.

Nell'evoluzione della crisi si possono distinguere due fasi, una d'inizio ed una terminale. All'inizio esiste uno stato di ipersimpaticotonia sotto l'influenza di una accresciuta secrezione adrenalinica. Questa esaltazione del simpatico è subito seguìta da uno stato di ipervagotonia che resta però in secondo piano. Poi, quando il mal di mare si prolunga, più o meno presto secondo i soggetti, alla fase di ipersimpaticotonia succede una fase di iposimpaticotonia con correlativo abbassamento del tono del vago che può divenire predominante.

I soggetti simpaticotonici sono predisposti al mal di mare, mentre i vagotonici sono, in genere, risparmiati e gli anfotonici, secondo i casi, vanno o no soggetti alla malattia.

I bambini fino a 5-7 anni non vanno soggetti al mal di mare, preservati dalla secrezione timica, antagonista a quella dei surreni. Dopo l'atrofia del timo il bambino rientra nella regola comune.

Bisogna infine mettere in causa ancora un altro fattore, il fattore psichico, che ha una importanza non indifferente, ma non essenziale. Bonjour fa del mal di mare un fenomeno morboso di pura autosuggestione capace di sparire per contro-suggestione. Contro questo modo di vedere basta ricordare il fatto che gli animali vanno soggetti al mal di mare in modo talora più caratteristico di quello dell'uomo.

Come impedire alla sindrome morbosa di manifestarsi?

Nei grandi piroscafi sono stati adottati dei provvedimenti atti ad attenuare il movimento di rullio; restano però i movimenti di beccheggio e quelli di traslazione sulla componente verticale, i più dannosi nella genesi del mal di mare.

L'uso di cuccette oscillanti, sospese per due punti fissi può eliminare gli effetti del rullio, se il grande asse della cuccetta è disposto pa-

rallelamente a quello della nave, e gli effetti del beccheggio se la cuccetta è disposta perpendicolarmente all'asse longitudinale della nave. Per sopprimere contemporaneamente la influenza del rullio e del beccheggio bisognerebbe adottare la complessa e costosa sospensione alla Cardan; ma anche questo sistema non può niente contro i movimenti verticali della nave.

Si è proposto l'immobilizzazione dei visceri nelle cavità splancniche a mezzo di bendaggi molto stretti, allo scopo di evitare lo spostamento dei visceri ed il conseguente stiramento dei loro *meso* e i riflessi vegetativi con ciò determinati. Si tratta di un provvedimento di efficacia non certa, comunque estremamente penoso.

Inefficaci si dimostrano tutta una serie di provvedimenti proposti contro il mal di mare: il metodo dell'adattamento, a mezzo di esercizi di ginnastica appropriati alle oscillazioni della nave, l'otturamento dei condotti uditivi, l'ingestione di pezzetti di ghiaccio o di una pozione cloformica o cocainica, l'uso di stupefacenti e dei soporifici, ecc.

Fondandosi sulla teoria vago-simpatica, l'A. già nel 1917 esperimentò il solfato neutro di atropina nell'idea di ottenere indirettamente, per mezzo della inibizione vagale, un abbassamento del tono del simpatico. I risultati furono ottimi e da allora l'uso del solfato neutro di atrofina si è esteso universalmente.

L'A. fissò in mgr. 1,5 per l'uomo adulto e 1 mgr. per la donna la dose quotidiana del medicamento, da prendere in 2 volte nelle 24 ore, a scopo preventivo. Non si osservano nel più dei casi inconvenienti. Solo nei soggetti intolleranti si può avere un po' di secchezza alla bocca o qualche disturbo visivo da dilatazione pupillare.

Successivamente sono stati usati per la prevenzione del mal di mare altri alcaloidi della belladonna e di altre solanacee (bellafolina, belladenal, diverse ioscine, la scopolamina, ecc.). L'A. ritiene però che la sostituzione non sia utile essendo l'atropina più efficace.

Nel 1929 l'A. ha proposto l'uso del tartrato neutro di ergotamina, presentato sotto il nome di « gynergen », sostanza capace di realizzare la sezione fisiologica del simpatico. Il gynergene è particolarmente utile nei soggetti simpaticotonici. Va somministrato per bocca (2 compresse di 1 mgr. al giorno oppure da 30 a 40 gocce della soluzione al millesimo) o per via sottocutanea (non più di ½ mgr.). È sconsigliabile durante la gravidanza.

Si potrebbe ugualmente sperimentare, per la prevenzione del mal di mare, un alcaloide, di cui solo recentemente è stato messo in evidenza il potere simpaticolitico: la yohimbina o la gambirina.

Praticamente sarà da preferire il gynergene nei soggetti simpaticotonici, l'atropina nei soggetti vagotonici. Negli anfotonici si potrà usare l'uno o l'altro prodotto o tutte e due insieme. Se si ignora a quale categoria appartiene il soggetto, conviene usare in primo luogo il gynergen, passando poi all'atropina se non si è ottenuto un risultato completo.

Anche nel trattamento del mal di mare già in atto i due farmaci danno risultati meravigliosi. La dose curativa di solfato neutro di atropina è di 2 mgr. al giorno per l'uomo adulto, in due iniezioni di 1 mgr. L'effetto è il più delle volte sorprendente, talora dopo una iniezione sola. La dose terapeutica del gynergen è uguale a quella preventiva: 2 mgr. al giorno per bocca.

Quando, infine, la malattia dura da parecchi giorni e l'esame clinico rivela che essa ha oltrepassato la fase di esaltazione vago-simpatica per entrare in quella di esaurimento, è indicato l'uso di farmaci eccitanti del simpatico (efedrina, adrenalina) o del vago (eserina, pilocarpina, muscarina, fisostigmina, stricnina, ecc.). C. Toscano.

Osservazioni sul trattamento delle ustioni.

(A. M. Clark e R. Cruickshank. *The Lancet*, 26 genn. 1935).

L'evoluzione naturale di un'ustione grave può esser divisa in 3 fasi: 1) *shock iniziale;* 2) *disidratazione*, dovuta all'uscita di liquido dal sangue, non solo in corrispondenza delle superfici ustionate ma anche dei tessuti circostanti, ciò che porta ad una maggiore concentrazione del sangue e ad un abbassamento della sua pressione; 3) *infezione*, che comincia alla superficie dell'ustione entro 2-24 h, ed è largamente responsabile della febbre e della tossiemia manifestantisi nei primi 3-5 giorni.

Perciò, nel trattamento delle ustioni gravi, bisogna cercare di aiutare le forze naturali in ognuno di questi stadi con particolare riguardo a quello principale, rappresentato dall'infezione.

Gli esami batteriologici, praticati entro 24-48 h, rivelano generalmente la presenza dello streptococco emolitico come germe predominante, a volte ottenibile in cultura pura. Per impedire questa invasione batterica, si sono consigliate molte sostanze; gli AA. hanno eseguito prove sperimentali per stabilire a quale si debba dare la preferenza.

Con l'*ac. tannico* in soluzione al 5 % hanno visto che i germi vengono uccisi in ½ h. Clinicamente invece, non si riesce a prevenire lo sviluppo della infezione. La ragione sta probabilmente nel fatto che, in vivo, l'ac. tannico perde le sue proprietà antisettiche combinandosi con le proteine dei tessuti.

Allora hanno provato ad unire all'ac. tannico qualche altra sostanza antisettica: la migliore è risultata il *dettolo* (derivato dello xilenolo sciolto in una miscela di olî essenziali, a loro volta sciolti in una soluzione neutra di saponi). Il dettolo solo, al 25 %, uccide lo s. emolitico

in 2 ½' e lo stesso effetto ha in soluzione al 20 % quando venga unito ad ac. tannico al 5 %. Per questo gli AA. hanno stabilito di dare la preferenza alla detta miscela per il trattamento antisettico.

Un altro lato della terapia anti-infettiva è quello riguardante il modo di *prevenire l'assorbimento delle tossine.*

Harris nel 1927 ha dimostrato che gli estratti cutanei hanno il potere di provocare una evidente risposta vasomotoria nell'uomo e di produrre abbassamento della pressione per vasodilatazione nel gatto anestetizzato, tutti fenomeni aventi grande rassomiglianza con quelli dovuti all'azione dell'istamina; siccome una istamina non si è potuta ancora chimicamente separare dall'estratto di cute, questo principio attivo istamino-simile, è stato chiamato *sostanza H*. Più tardi lo stesso Harris ha dimostrato che nelle ustioni la sostanza H passa dalle zone edematose nei linfatici. Recentemente Dale (1933) ha emesso l'ipotesi che gli stimoli dovuti a questa sostanza o anche alla bruciatura in sè stessa, passino dalle terminazioni nervose sensitive, lungo il nevrasse ai nervi motori delle arteriole vicine con effetto di liberare dell'acetilcolina e quindi portare, per l'azione di questa sostanza, ad una dilatazione arteriosa.

Allo scopo di impedire l'assorbimento delle sostanze tossiche, gli AA. hanno usato un prodotto vegetale, il *Charcoal* che sperimentalmente assorbe l'istamina e anche le tossine batteriche; hanno visto però che l'effetto è quasi nullo quando il preparato viene portato sulla superficie ustionata dove, incorporandosi con lo essudato forma una pellicola molto resistente. Anche usandolo mescolato ad antisettici, non si sono ottenuti risultati migliori; perciò dagli AA. è stato abbandonato.

Nella pratica corrente, le sostanze in uso per il trattamento delle ustioni possono essere divise in 5 gruppi: 1) medicatura semplice con garza sterile; 2) antisettici; 3) sostanze che producono la precipitazione di un sale proteico insolubile, p. es. l'ac. tannico e l'ac. picrico, 4) soluzioni che tendono a rimuovere i prodotti della decomposizione dei tessuti, p. es. il liquido di Däkin e l'ac. acetico diluito; 5) soluzioni saline ipertoniche. I risultati più soddisfacenti, secondo gli AA., si ottengono con l'ac. tannico, il valore del quale è stato per primo messo in evidenza nel 1925 da Davidson che lo usò in soluzione al 2-5 % imbevendone la garza sterile posta sulle superfici ustionate. Peck e Powers (1926) invece preferiscono spruzzarvelo direttamente sopra con un atomizzatore a intervalli di 8-12 h. Glower (1932) usa spruzzarlo in soluzione al 10 % ogni ora, nelle prime 24 h. Donald (1930) però pensa che, non potendo l'ac. tannico prevenire la tossiemia, la sua applicazione può essere dannosa perchè impedisce l'accurata pulizia della piaga.

V'è da accennare a un altro metodo, quello di Montheith e Clock (1929), consistente nello spruzzare siero normale di cavallo con cresolo coprendo poi con seta oleata, 2 volte al giorno per più giorni. Con questo metodo, si vuole supplire al mezzo fisiologico nel quale le cellule possono meglio moltiplicarsi per riparare i danni dei tessuti.

Il metodo personale degli AA. è il seguente: all'inizio, combattere lo shock; l'ammalato viene subito posto in una stanza speciale (« shock room ») mantenuta a temperatura costante di circa 26° C. Archetto sulle parti lese per impedire il contatto delle coperte, morfina e clistere di soluzione salina. Appena l'ammalato si è rimesso sufficientemente, viene posto in un bagno caldo, sospeso entro una amaca, con acqua rinnovantesi continuamente, a temperatura variante dai 37° ai 43° e gli si asportano tutte le vesciche e tutti i tratti di cute necrosata per quanto è possibile. Si puliscono delicatamente le zone circostanti con acqua e sapone (evitare l'alcool e l'etere che causano molto dolore). In nessun caso anestetici che, come l'etere e il cloroformio, non farebbero che aumentare lo shock. Dale infatti ha dimostrato che, mentre in un gatto non anestetizzato 10 mgr. per kg. di peso di istamina introdotti per via e. v. non producono che sintomi lievi, una dose molto più piccola produce nello stesso animale anestetizzato, uno shock fatale. Apparentemente, l'anestetico sensibilizza l'endotelio dei capillari all'istamina. Se un anestetico è proprio necessario si deve dare la preferenza al protossido d'azoto ossigenato. Poichè molte ustioni sono infettate dallo s. emolitico, gli AA. somministrano siero antistreptococcico concentrato nella quantità di 30 cc. in 2-3 volte, anche nei casi con elevazione febbrile a 40°. Dopo aver pulito bene le superfici ustionate come si è detto, vi si applica garza imbevuta della miscela di ac. tannico 5 % preparato di fresco e dettolo 20 %; si copre con cotone e si fascia. Il cotone e le fasce sono rimossi ogni 2-3 h; ma la garza è lasciata e ogni volta imbevuta di nuova quantità di ac. tannico e dettolo. Dopo 8-24 h tutta la medicatura è rimossa; il coagulo secco e nerastro che copre le superfici ustionate viene spruzzato di ac. tannico al 5 % e quindi asciugato con asciugatore elettrico. Nello stesso tempo vaste zone circostanti vengono spalmate con dettolo: ciò è molto importante, perchè a volte l'infezione inizia proprio ai margini del coagulo, provenendo dalla cute vicina ricca di germi. Di solito non è necessario ripetere lo spruzzamento di ac. tannico; invece è bene continuare a spalmare la cute circostante con dettolo ogni 6 h fino a che il coagulo si stacca; dopo di che, si medica la piaga come se fosse una ferita comune. L'ammalato però ogni giorno viene posto in bagno caldo corrente. Quando la piaga granuleggia, anche allora è difficile prevenirne

l'invasione batterica, sempre sostenuta principalmente dallo s. emolitico; però in questo stadio l'infezione si svolge con una sintomatologia più attenuata. Se necessario ricorrere a innesti cutanei, questi si eseguono col metodo di Thiersch che offre le migliori garanzie di buona riuscita.

I risultati ottenuti dagli AA. in 100 casi (65 bambini e 35 adulti) sono così riassunti:

Dei 65 bambini, 4 sono morti (6 %): due nelle 24 h con ustioni diffuse a tutto il corpo; uno di polmonite nelle 36 h, ed uno, già in cura a casa da 6 giorni, nelle 24 h dall'ingresso.

Dei 35 adulti, 8 sono morti (23 %): quattro nelle 24 h con ustioni diffuse; uno dopo 4 settimane per scompenso cardiaco; uno di 87 anni, con ustioni molto estese, dopo una settimana; due, con ustioni molto estese, in 10 giorni.

M. RASTELLI.

Ipotermia intermittente con iperidrosi.

(L. A HINES Ir. e E. G. BANNICK. *Proc. of the Staft Meet. of the Mayo Clin.*, nov., 1934, p. 705).

L'A. riferisce il caso di un uomo di 22 anni, da 10 anni sofferente di attacchi consistenti in crisi di sudorazione abbondante seguìta da brividi e ipotermia (fino a 32,8) nello spazio di alcune ore, ogni 2-3 giorni. Negli intervalli, temperatura normale o superiore al normale (fino a 38,3). Inizio degli attacchi nei mesi di dicembre-gennaio, durata complessiva 4-6 settimane; ogni attacco preceduto, per 4-7 giorni, da nausea e vomiti. Notevole astenia, incapacità al lavoro, diminuzione di peso (Kg. 5,4). L'ultimo attacco, iniziato nel gennaio 1934, perdurava ancora all'entrata in Ospedale (agosto 1934).

All'esame fisico: soggetto iponutrito, pressione sanguigna Mx 128, Mn 68, organi interni normali, radiografie cranio e torace normali, polso 100, nelle urine tracce di albumina, nel sangue modica diminuzione dei gl. rossi e dell'emoglobina, leucociti 4800, cloruri diminuiti; succo gastrico: in periodo normale HCl 28, ac. tot. 60, dopo una forte crisi di sudorazione HCl assente, ac. tot. 14.

Fatta diagnosi di ipotermia intermittente con iperidiosi si somministrò 1 ½ mgr. di atropina per bocca ogni 4 h ottenendo come effetto l'arresto della sudorazione e 2 gr. di NaCl per bocca ogni 4 h allo scopo di riparare alla perdita di cloruri, il tasso dei quali nel sangue infatti aumentò. Si ebbero ancora accessi di ipotermia con brividi: anche quelli però scomparvero sostituendo all'atropina dell'amital sodico nella quantità di gr. 0,1 ogni 4 h. Il paziente non ebbe più crisi del genere: sospendendo il trattamento, queste riapparvero: riprendendolo, scomparvero di nuovo. Egli venne dimesso con la raccomandazione di continuare la cura (gr. 2 di NaCl e gr. 0,1 di amital sodico ogni 4 h). Non avvertì più alcun fenomeno e si ristabilì completamente, riprese il lavoro e riguadagnò il peso perduto.

Questo caso mette in evidenza l'importanza di alterazioni nervose centrali in certi disturbi del meccanismo vasomotore, come dimostrano anche le recenti osservazioni di Reiman sulla ipotermia di origine centrale e quelle di Raab sull'importanza di un centro vasomotorio irritabile nell'ipertensione.

Questa concezione di un meccanismo centrale in certi casi irritabile, non solo dà una spiegazione dei sintomi ma pone anche una base razionale alla terapia. Nel caso in questione, in cui la cloruremia era bassa, si è provveduto col sale a riportarla alla norma; l'iperidrosi è stata frenata con l'atropina, ma persistendo gli altri fenomeni, perchè evidentemente persisteva l'irritazione dei centri, si è ricorso all'amital per deprimere questo stato di irritabilità.

Quale l'intima causa della malattia? Impossibile dirlo. Forse, come fattore iniziale, una encefalite localizzata. Anche i lunghi periodi di remissione non sono facilmente spiegabili.

M. RASTELLI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

Prof. RAFFAELE BASTIANELLI. *Criteri d'indagine nelle affezioni del nevrasse.* Roma, Tipografia Regionale.

Intendendo per criteri d'indagine nelle affezioni del nevrasse lo studio delle norme secondo cui dobbiamo cominciare a utilizzare le indagini che possediamo a scopo di diagnosi e di cura e giudicarne il loro valore, l'A. divide il lavoro: in una parte tecnica ove studia questi mezzi d'indagine, ed una parte clinica ove stabilisce le norme secondo cui dobbiamo servircene. La parte che è trattata più ampiamente è quella che si riferisce specialmente alla visualizzazione del contenuto endocranico.

Per prima l'A. prende in esame lo studio del liquido c. s.

Puntura lombare e della cisterna. Vengono sorvolate le indagini fisico-chimiche e biologiche del liq. c.s. e così pure la tecnica della puntura lombare e cisternale.

Il liquor, prodotto dai plessi coroidei, circola dai ventricoli laterali, al III v. e per mezzo dell'acquedotto di Silvio al IV v., donde esce pel forame mediano di Magendie e i due laterali di Luschka, riempiendo la cisterna magna, le altre cisterne basali ed il canale spinale.

Dalle cisterne il liq. sale verso la convessità del cervello ove si riassorbe nei solchi cerebrali. L'ostruzione in un punto di passaggio del liquor determinerà una dilatazione a monte del sistema, insieme all'assenza di liq. nella convessità del cervello. La puntura lombare e

cisternale ci possono dire solamente le condizioni di pressione del liq. a diversi livelli, e le caratteristiche chimiche e biologiche di questi tratti.

Puntura dei ventricoli. La puntura dei ventricoli è un mezzo importante, che ci permette di renderci conto dei mutamenti di essi. La tecnica della puntura ventricolare è facile in quanto a manualità, più difficile è stabilire la direzione della puntura e il giudizio che se ne può trarre.

È preferibile eseguire la puntura v. previa trapanazione cranica in maniera che è possibile variare a piacere la direzione dell'ago, piuttosto che la puntura cranio-cerebrale.

La puntura del corno frontale si esegue a livello del bregma, 2 cm. all'esterno della linea mediana, dirigendo l'ago in basso e dietro, come diretto verso il condotto uditivo, e si incontra il ventricolo a 5 cm. di profondità. Si può seguire anche la tecnica di Dogliotti per via orbitale, perforando a 3 cm. dalla linea mediana la volta orbitaria, (3 cm. dietro l'arcata orbitaria) e dirigendo l'ago con obliquità di 45° si raggiunge il corno anteriore dopo 2-3 cm.

Per la puntura del corno occipitale si può, secondo Dandy, perforare l'osso 2 1/2 cm. all'esterno della linea mediana, e 3 cm. sopra l'inion, dirigendo l'ago in alto ed all'esterno, come si volesse raggiungere un piano passante pel margine superiore del padiglione dell'orecchio, trovando il v. 5-6 cm. profondamente.

Deery perfora il cranio a 7 cm. sopra l'inion e 3 cm. dalla linea mediana dirigendo l'ago orizzontalmente, a testa eretta, per 5-6 cm. Kocher raggiunge il ventricolo laterale perforando l'osso, 3 cm. sopra e 3 cm. dietro il condotto uditivo esterno.

Per studiare esattamente le condizioni dei ventricoli è bene eseguire la puntura bilateralmente in sede simmetrica. La puntura v. è semplice, senza pericolo nella massima parte dei casi, ed eseguibile in anestesia locale. Non riesce in tutti i casi, per cui non è bene fare più di 2-3 tentativi.

La *stima ventricolare* si ottiene, stabilendo la posizione, volume e intercomunicazione dei v.: essa è stata proposta da Dandy.

Se i ventricoli non si raggiungono in sede normale si può pensare che essi sono piccoli o non dilatati, e quindi il tumore non deve essere sottotentoriale.

La capacità ventricolare si calcola dalla quantità di liquido che si può estrarre, sapendo che normalmente ogni ventricolo contiene in media 25 cc. di liq. Il liquido estratto va sostituito con altrettanta aria per ovviare alle conseguenze di una pressione negativa. Se esiste un idrocefalo simmetrico si pensa ad un tumore sottotentoriale, mentre se i ventricoli sono disuguali si pensa che la lesione esiste dal lato ove il v. è più piccolo. La puntura dev'essere quindi bilaterale. L'intercomunicazione dei vs. si stabilisce iniettando in uno 2 cc. di indaco-carminio, ed osservando se esso fuoriesce dall'altro. Il tumore della fossa anteriore o media impedisce la comunicazione fra i due v. b., ricordando però che a volte in tumori pineali e del III v. può esistere perforazione del setto pellucido.

Studio del sistema ventricolare subaracnoideo. Questo studio si ottiene o con la puntura ventricolare e con la puntura dello spazio subaracnoideo spinale, distinguendo perciò una ventricolografia e rispettivamente una encefalografia. Questi mezzi introdotti entrambi da Dandy, e l'ultimo anche da Bingél, si sono andati rapidamente affermando, specialmente il primo, che ci permette di giungere a perfezioni diagnostiche di sede e di natura dei neoplasmi, prima impossibili ad ottenere.

La tecnica della ventricolografia è semplice: dopo aver punto i ventricoli laterali, si sostituisce il liquido c. s. con una quantità eguale di aria. La puntura dev'essere bilaterale, pungendo prima il lato supposto sano; l'iniezione di aria va fatta in modo frazionato (5-10-15 cc.) ricordando però che il minimo indispensabile dell'aria totale immessa dev'essere almeno di 15-20 cc. L'aria iniettata produce una irritazione dell'ependima, con ipersecrezione di liquido e quindi aumento di pressione ventricolare. Questi fatti però intervengono solo dopo un'ora dalla insufflazione, sicchè è possibile intanto eseguire le pose radiografiche, prima che intervengano cefalea, nausea, vomito. Il malato va sorvegliato strettamente, badando specialmente che non intervenga uno stato soporoso progressivo sino al coma, o anche arresto del respiro.

La mortalità globale può salire dal 3-19 % (Denk) al 12,2 % (Grant), al 13,3 % (Jüngling), all'8 % (Adson), all'8 % circa (Riggs). In malati con forte iperpressione ventricolare può bastare un semplice cambiamento di posizione, una puntura ventricolare a produrre un arresto del respiro.

La conclusione pratica è dunque, che i malati con grossi tumori infiltranti, che si esprimono di solito con segni di intensa iperpressione e condizioni generali del sensorio gravi non debbono essere assoggettati a questo procedimento.

La ventricolografia a scopo diagnostico deve essere eseguita dal chirurgo che si trovi nelle condizioni migliori di tempo e di ambiente per poter operare appena ne sorge l'indicazione, o appena la diagnosi è rischiarata.

La conoscenza esatta delle immagini normali è presupposto fondamentale. Con l'aria otteniamo l'immagine dei due ventricoli laterali e del III V_2, mentre è eccezionale poter vedere l'acquedotto di Silvio ed il IV V_2. Nella proiezione laterale appaiono i V_2 laterali, e se è di-

latato anche il III V_2. Nella proiezione sagittale, con fronte in alto, abbiamo l'immagine a farfalla, in cui il corpo è dato dal III V_2; se l'occipite è in alto abbiamo l'immagine di corna di bue rovesciate. Con Lipiodol possiamo vedere tutta la via dal III V_2, fino alla cisterna.

Tutti i quadri ventricolografici si possono riportare a *dilatazioni, deformazioni, spostamenti.*

Le *dilatazioni ventricolari* sono le alterazioni, che appaiono più chiaramente e frequentemente.

a) *Dilatazione simmetrica di tutto il sistema ventricolare.* Se si può stabilire una comunicazione dei V_2 collo spazio subaracnoideo, non esiste blocco dei V_2; se non comunicano esiste blocco. Non è sempre possibile tale conclusione per l'impossibilità di dimostrare sempre il passaggio di aria nello spazio subaracnoideo. È importante poter stabilire se l'idrocefalo è comunicante oppure ostruttivo, ed in quale parte del sistema ventricolare è esteso, per porre una diagnosi topografica. Nell'idrocefalo comunicante, secondo Dandy, l'ostruzione può risiedere; nel mezzo della cisterna pontis; nella cisterna interpenduncolare; nella cisterna chiasmatica ed estremità della precedente. Nell'idrocefalo comunicante non si riempiono affatto i solchi cerebrali, cioè abbiamo negatività dell'encefologramma.

Diagnosticato un idrocefalo per stabilire sicuramente se esso sia comunicante o ostruttivo, è bene ricorrere invece alla encefalografia, alla prova del passaggio del colore che è semplice ed innocua.

Bisogna infine ricordare che esiste una forma di idrocefalo ipersecretorio, ed una di idr. essenziale, in cui l'aria può giungere anche nei solchi cerebrali.

b) *Dilatazione simmetrica dei* V_2 *laterali e del* III V_2. Questa dilatazione può essere data da tumore del cervelletto, tronco cerebrale e tumori della regione pineale. È interessante diagnosticare il tumore pineale, perchè questo può essere suscettibile di operazione radicale.

Il pinealoma può dilatare semplicemente il III V_2, obliterando semplicemente il recesso soprapineale, ma può anche penetrare nel III V_2, dando un difetto di riempimento, cosa che non si ha mai nel tumore del cervelletto. Stenosi o tumori dell'acquedotto possono dare dilatazione dei V_2 laterali e del III V_2.

c) *Dilatazione asimmetrica dei* V_2 *laterali.* L'asimmetria dell'idrocefalo è possibile anche in grossi tumori della fossa posteriore, solamente a carico, però, dei corni occipitali e temporali. Se il tumore sottotentoriale è laterale il corno occipitale del lato affetto contiene meno aria, e questo può succedere sia in casi di tumori del tronco cerebrale, che dell'angolo pontocerebellare, che di un emisfero cerebellare.

d) *Dilatazione simmetrica dei* V_2 *laterali, non comunicante e comunicante.* La dilatazione dei 2 V_2 laterali simmetrica è data da ostruzione del III V_2, per tumori di questo. Spesso il tumore può dare un blocco incompleto del foro di Monro con passaggio parziale d'aria da un V_2 lat. all'altro. Per rottura del setto pellucido i due V_2 lat. possono comunicare fra loro nonostante che il foro di Monro sia chiuso.

e) *Dilatazione simmetrica dei* V_2 *laterali con parziale dilatazione del* III V_2. Questo fatto è dovuto a piccoli tumori situati posteriormente nel III V_2, occludenti l'acquedotto, e dando un parziale difetto di riempimento del III V_2, occorre in questi casi una buona visualizzazione del III V_2, ed una interpretazione giusta delle alterazioni, che vi appaiono, per fare una diagnosi differenziale fra craniofaringiomi, gliomi del chiasma, e meningiomi del *tuberculum sellae.*

LE DEFORMAZIONI VENTRICOLARI. — *Lesioni intraventricolari e difetti di riempimento.* Il difetto di riempimento non deve ritenersi patognomonico di tumore intraventricolare.

I *tumori* del V_2 lat. nascono o dai plessicoroidei o dall'ependima, ed a secondo della loro grandezza, possono sbarrare una parte dei V_2 lat. e dilatarla, o occludere il forame di Monro e dilatare tutto il V_2. Se il tumore è esterno, oltre al difetto si avrà anche spostamento del sistema V_2.

Se il tumore determina un'ostruzione di un forame di Monro abbiamo dilatazione di un solo ventricolo. Se il tumore riempie tutto il V_2, allora si visualizzerà solamente quello controlaterale.

LE DEFORMAZIONI E GLI SPOSTAMENTI DEI VENTRICOLI. — *Deformazioni delle corna anteriori.* Un tumore frontale ant. assottiglia il corno anteriore, spostandolo verso la base ed il lato opposto, mentre riesce appena a spostare il V_2 opposto. Se il tumore è voluminoso il corno ant. può essere in parte o tutto scomparso, mentre l'altro V_2 è dilatato e spostato ed il III V_2 è compresso. Le corna ant. possono essere deformate anche dai meningiomi della falce, della doccia olfattiva, del bordo della piccola ala dello sfenoide, o da tumori e ascessi della parte ant. del corpo calloso.

La deformazione della parte centrale dei V_2 *lat.*, sotto forma di riduzione di volume, depressione o dislocazione, è data dai tumori della reg. frontale posteriore, del lobo parietale e del lobo temporale.

Se un ventricolo è dilatato e non comunica con l'altro deformato, e il III V_2 non appare, è segno che il forame di Monro del II V_2 è compresso.

Se esiste deformazione di un V_2 *con idrocefalo controlaterale comunicante,* ed il III V_2 spostato, ed anche dilatato, esiste una pressione laterale sull'acquedotto per tumore di un emisfero cerebrale esteso.

Le deformazioni e spostamenti dei V_2 *senza dilatazione* sono dati da tumori degli emisferi

che non ostacolano il deflusso del liquor e per meningiomi della falce e parasagittali.

La diminuzione di volume o collasso bilaterale dei V_2, rara e dicifile a mettersi in evidenza, si osserva per una lesione sopratentoriale espansiva, grande, che comprime i V_2 laterali dei due lati.

L'A. viene alla conclusione, che questo metodo d'indagine ha tutto il valore che Dandy gli attribuì fin da principio, pur essendo possibili, in alcuni casi speciali, errori, incidenti e insuccessi. Questi ultimi casi con l'esperienza mano, mano diminuiscono progressivamente se si continua con costanza e pazienza.

L'importanza della ventriculografia agli effetti della cura è ovvia, se si pensa che prima dell'avvento di questo mezzo nel 50 % dei casi di tumori cerebrali esisteva incertezza diagnostica, mentre attualmente in centri neurologici progrediti la diagnosi è possibile fino al 90 % dei casi.

Nei *tumori della fossa cranica ant. e media*, lo studio attento della sede ed estensione della deformazione del ventriculogramma indicheranno sicuramente la sede del tumore e quindi guideranno nella scelta del luogo della craniotomia. Con questo mezzo non si confonderanno più questi tumori con quelli della fossa cranica posteriore.

I *tumori dei* V_2 *laterali* sono localizzati con sicurezza dal ventriculogramma, e se sono del corpo del V_2, per non ledere troppo la corteccia cerebrale, vanno aggrediti per via frontale o occipitale.

Nei tumori del III V_2 la ventriculografia ci fa conoscere la sede dell'ostruzione e difetti di riempimento, guidandoci così nell'intervento.

Nei tumori della regione pineale, senza lo studio della ventriculografia, la diagnosi neurologica sarebbe impossibile e condurrebbe ad una infruttuosa e pericolosa esplorazione sottotentoriale.

Nei tumori della fossa cranica posteriore possiamo avere un quadro tipico, con idrocefalo simmetrico esteso al III V_2, per chiusura dell'acquedotto. Se si vede anche l'acquedotto col IV V_2, si dovrà stabilire se l'idrocefalo è comunicante o no; in ambedue questi casi è più facile che si tratti di processi flogistici.

Se la lesione è laterale possiamo avere idrocefalo con asimmetria delle corna posteriori, o con deviazione dell'acquedotto verso il lato opposto.

I tumori del IV V_2 danno un quadro ventricolografico di chiusura dell'acquedotto, simile a quello dei tumori del verme (medulloblastomi: inoperabili; astrocitomi; guaribili).

La ventricolografia può, fino ad un certo punto, dirci dell'inoperabilità di un tumore, dall'estensione della deformazione ventricolare, o, meglio, dal collasso bilaterale dei ventricoli.

La ventricolografia ci offre anche indicazioni per decidere o meno, e guidare un intervento palliativo di decompressione.

Per concludere, si può dire che la ventricolografia deve, per la sua importanza, diventare un mezzo d'indagine abituale; essa di solito è innocua, se non c'è tumore; può tuttavia dare, in uno scarso numero di casi, che sempre più diventa esiguo, delle conseguenze gravi ed anche mortali, in casi di tumori con forte iperpressione. Secondo Dandy nel 50 % dei casi è indicato ricorrere alla ventricolografia, cioè in quella percentuale che abitualmente non si riesce a diagnosticare con sicurezza con gli altri mezzi che possediamo.

Quindi la ventricolografia ci servirà specialmente per i tumori emisferici e dei gangli basali, che neurologicamente difficilmente si precisano. Bisogna perciò dare ragione a Dandy ed a quelli che giudicano necessario ricorrere alla V_2g in tutti i casi sospetti di tumori appena esiste un aumento di pressione intracranica. Possiamo dire con Grant: « la ventricolografia è principalmente indicata in presenza di un aumento di pressione intracranica della quale non si è potuto determinare la causa », ed eseguirla non appena essa si inizia.

È inutile eseguirla, quando con gli altri mezzi avremo sicuramente diagnosticato il tumore e la sua sede.

La ventricolografia è pericolosa specialmente quando il tumore preme sul tronco cerebrale, e perciò non la eseguiremo se avremo questo sospetto ben fondato. LOZZI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

S. DE SANCTIS. *Guida pratica alla semeiotica neuro-psichiatrica della età evolutiva.* Prezzo L. 25,00.

Il presente volume, pubblicato poco prima della morte dell'eminente psichiatra, costituisce un complemento del trattato di Neuropsichiatria infantile comparso qualche anno fa.

È un'opera che mette il medico in grado di esaminare i piccoli pazienti del sistema nervoso.

Come la pediatria ha presa un'individualità propria, distinta da quella della medicina generale, così la neuropsichiatria infantile si va differenziando, sopra tutto nel metodo semeiotico e curativo, da quella degli adulti.

Il De Sanctis è stato un assertore di questa necessità.

Per l'affermazione di questo principio egli ha dato tutto il tesoro della sua cultura e del-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

la sua esperienza clinica, tutta la sua anima di apostolo.

I libri che egli sull'argomento ha pubblicato negli ultimi anni sono una ricapitolazione dell'opera svolta negli istituti per i ragazzi neuropsicopatici da lui creati e diretti.

La semeiotica della neuropsichiatria infantile è essenzialmente didattica, chiara, ben distribuita nelle varie parti, compiuta in ogni dettaglio. Colma una lacuna della letteratura scolastica della medicina. DR.

G. MATTIROLO. *Terapia delle malattie nervose*. Tipografia C. Accame, Torino. Prezzo L. 30.

In questo piccolo volume sono brevemente esposte quelle nozioni di terapia delle malattie nervose che occorrono al medico nella pratica ordinaria.

L'esposizione è bene schematizzata, chiara e, per quanto lo consente il volume del libro, completa.

Non mancano brevi cenni di patogenesi e sintomatologia delle affezioni nervose che consentono orientarsi sulle indicazioni e controindicazioni dei varî metodi di cura. DR.

K. SCHNEIDER. *Psychiatrische Vorlesungen für Aerzte*. Editore G. Thieme. Lipsia. Prezzo M. 3,40.

Questo piccolo volume ha lo scopo di esporre in modo succinto, ma chiaro tutte le nozioni di psichiatria che possono essere necessarie al medico pratico nell'esercizio corrente.

Una parte molto larga è destinata ai disturbi psichici che possono sopravvenire nel corso delle malattie somatiche, mettendo così il pratico in grado di orientarsi subito e adottare i provvedimenti del caso. DR.

C. SEYFARTH. *Der Arzte-Knigge*. Un vol. in-16° di 100 pag. G. Thieme, Leipzig, 1935. Prezzo RM. 2,60.

« Galateo medico » sarebbe la traduzione letterale del titolo, ma non corrisponderebbe completamente al reale contenuto del libro, che espone il modo con cui deve comportarsi il medico ospedaliero, dal primario all'assistente, dall'internista al laboratorista. Modo di comportarsi di fronte alla legge (certificati, denuncia di malattie infettive), al malato, ai colleghi ed ai sottoposti, le cautele da usarsi (radiologia, laboratori). Tutto un insieme di saggi consigli, che guidano l'attività delicata e piena di responsabilità del medico ospedaliero.

L'A. osserva che tutti i giovani medici ricadono negli stessi errori ed ha la rosea illusione che i suoi consigli valgano a salvarli.

Da ultimo sono riportati il giuramento d'Ippocrate, varie recenti disposizioni di legge (limitazioni sui tentativi di nuovi metodi di cura e di ricerche scientifiche sull'uomo) e varie prescrizioni ospedaliere. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica Lombarda.

Seduta del 1° marzo 1935-XIII.

Presidenti: Prof. M. DONATI - Prof. A. FERRATA.

Ancora in tema di appendicite.

A. FERRATA. — Secondo l'O. l'appendicite cronica d'emblée di solito decorre clinicamente senza interferenze da parte dell'appendicite acuta, subacuta e recidivante. Considera l'appendicite cronica come una forma infiammatoria delle placche del Peyer e dei follicoli chiusi che solo tardivamente può dare fatti di perutiflite e di colite. Fattori costituzionali hanno larga parte nel suo determinismo. Per quanto qualche volta di difficile diagnosi, per lO. l'identificazione di questa forma morbosa non rappresenta affatto un virtuosismo diagnostico. L'O. mentre pone in rilievo la nessuna efficacia delle cure mediche, considera il problema terapeutico dell'appendicite cronica d'ordine essenzialmente chirurgico.

In tema di malum appendicolare (A proposito di appendicite cronica ab initio).

M. DONATI. — L'O., posti i termini attuali del problema, dell'appendicite cronica *ad initio*, espone le ragioni per le quali se ne deve ammettere l'esistenza. Analizza il quadro anatomo-patologico e discute il quadro clinico; poichè questo non è tutto e sempre attribuibile al fatto infiammatorio per sè stesso, può essere giustificata la denominazione « male appendicolare » anzichè « appendicite cronica ».

Tratta della frequenza della appendicite cronica *ab initio* così intesa, delle associazioni morbose, dei rapporti con l'appendicite acuta, dei sintomi clinici e radiologici più importanti e del loro valore diagnostico. Infine propugna l'intervento chirurgico, che consiste nella appendicectomia e nella rimozione di lesioni associate eventualmente esistenti, e ne illustra i buoni risultati nei casi operati con diagnosi corretta.

L'appendicite cronica.

A. MAJOCCHI. — L'O. riferisce dati statistici e considerazioni su 1600 appendicectomie eseguite in 6 anni all'Ospedale Maggiore. Si dimostra favorevole al concetto dell'esistenza dell'appendicite cronica *ab initio*, quantunque la ritenga rara (6 % circa). Insiste sulle opportunità dell'intervento tempestivo per evitare l'istituirsi di alterazioni a carico di altri organi addominali (stomaco, colecisti, ecc.).

Considerazioni di un radiologo in tema di appendicite cronica.

F. PERUSSIA. — L'O., sottoposta a critica rigorosa la valutazione di ogni sintomo radiologico della appendicite cronica, nessuno dei quali è patognomonico, dimostra tuttavia il contributo che spesso la radiologia può portare al chiarimento di sindromi addominali sospette di sofferenza appendicolare.

Considerazioni cliniche e anatomo-patologiche in tema di appendicite cronica.

G. CASTIGLIONI. — L'O. espone rilievi clinici e anatomo-istologici da cui risulta che il quadro

dell'appendicite cronica intesa come male o patimento appendicolare esiste pur essendo talora sostenuto da alterazioni funzionali che anatomicamente trovano particolare conferma nelle alterazioni del tessuto elastico e nervoso. Interpreta le alterazioni dei t. elastico come espressione di alterazioni di ordine meccanico. Clinicamente rileva l'importanza di disturbi che potrebbero mentire alterazioni dell'apparato orinario e che possono far pensare all'esistenza di un riflesso appendiculo-orinario già prospettato.

Rileva le difficoltà di diagnosi e la necessità di tener distinta la sindrome del male appendicolare da altre numerose che porterebbero a inutili appendicectomie.

Note su alcuni casi di appendiciti.

G. FORNARIO. — Pochi casi clinici selezionati servono a dimostrare che il decorso tra appendiciti croniche vere e recidivanti è spesso identico, che appendiciti croniche vere possono sbucare in accessi acuti, che talvolta le appendiciti croniche guariscono spontaneamente; l'intervento chirurgico deve essere il trattamento di scelta, chè da esso traggono giovamento le coliti concomitanti; che la diagnosi differenziale tra appendicite cr. e pseudo-appendicite da iperplasie follicolari tossiche e pseudo-appendicite nervose è sovente difficile, donde errori inevitabili.

La mia pratica nel campo dell'appendicite cronica.

G. SOLARO. — Sopra 1300 casi di appendicite operati in 14 anni, l'app. cronica figura nella proporzione del 40 %. Solo nel 21 % dei casi di a. cr. le lesioni erano limitate al verme, e l'appendicectomia isolata poteva rappresentare un intervento sufficiente.

Nella grande maggioranza dei casi alle lesioni del verme si accompagnavano fatti più o meno estesi di periviscerite destra: onde la necessità, negli interventi pr tale affezione, di attenersi a incisioni sufficientemente ampie per l'esplorazione non solo dell'appendice, ma di tutti i visceri della metà destra dell'addome, e la rimozione di tutte le condizioni patologiche esistenti.

Difficoltà diagnostiche in tema di tumori infiammatori cronici di origine appendicolare.

F. ZANARDI, L. MUCCHI. — Gli OO. riferiscono di 4 casi di tumore infiammatorio cronico di origine appendicolare, in cui la diagnosi differenziale con una neoplasia del ceco ascendente ha presentato particolari difficoltà. Discutono il valore dei principali sintomi clinici e radiologici, utili al giudizio diagnostico.

Mettono in evidenza come la compartecipazione della parete intestinale al processo infiammatorio o la stenosi del lume colico da parte dell'appendice e di masse flogistiche periappendicolari abbiano potuto, in alcuni di questi casi, simulare perfettamente il quadro radiologico di un'infiltrazione neoplastica.

La forma diarroica dell'appendicite cronica.

E. ETTORRE. — L'O. riferisce sulla forma diarroica dell'a. c. varietà clinica poco nota che si differenzia dal solito quadro perchè manca la stipsi e nella quale a periodi di funzione regolare si alternano crisi diarroiche senza che vi siano sintomi evidenti del processo appendicolare. Riferisce su 4 casi di sua osservazione nei quali ottenne la guarigione completa con la sola appendicectomia, discute la sintomatologia della forma ed il contrastante reperto anatomico ed istologico e richiama l'attenzione sui segni clinici che valgono a riconoscere la causa patogenetica.

Appendicite cronica a crisi enteralgiche.

E. TICOZZI. — L'O. riferisce a proposito di 3 ammalate che avevano presentato crisi enteralgiche da riacutizzazione di un processo appendicolare cronico e la cui sindrome era alquanto atipica. Operati di appendicectomia le crisi scomparvero. Note sulla genesi del dolore viscerale.

Società Medico-Chirurgica di Pisa.

Seduta del 22 marzo 1935-XIII.

Di un caso di malattia da morso di topo (Sodoku).

A. GRASSI. — L'O. descrive in un bambino di 39 mesi un caso di malattia da morso di topo, caratterizzato clinicamente da temperatura febbrile a carattere periodico, da esantema cutaneo eritematoso, da diffusa iperplasia delle linfoghiandole superficiali, da reazione infiammatoria locale strettamente legata nei suoi caratteri al movimento termico.

Ogni nota morbosa è scomparsa col trattamento arsenobenzolico. L'esame istologico ha rilevato nella cute colpita da esantema delle note di dermite subacuta e nelle linfoghiandole regionali una reazione iperplastica linfocitaria ed istiocitaria.

Con ricerche biologiche in cavia ed in ratto ha dimostrato lo spirocheta (morsus muris) agente eziologico della malattia.

Di un caso di volvolo e invaginazione del tenue verificatosi nel secondo mese di vita.

V. CESARIS DEMEL. — L'O. illustra il caso di una bambina di g. 35 morta per shock peritoneale da volvolo e invaginazione del tenue, riscontrati in occasione di autopsia giudiziaria, praticata per esumazione 91 giorni dopo la morte.

Il metodo Daniel nella rachianestesia.

G. NARDINI. — L'O. accenna ai disturbi secondari che possono seguire alla rachianestesia fra cui i più molesti e frequenti sono: la cefalea e la ritenzione urinaria. Dopo aver citato i rimedi adottati dai diversi AA., espone i risultati della sua esperienza circa il metodo Daniel (reiniezione endovenosa di circa 10 cc. di liquido cefalorachidiano) che ha esplicato su 350 ammalati usando per anestetico la sincaina all'8 %. Ha notato la cefalea in circa il 4 % dei casi e la ritenzione urinaria in circa il 3 1/2 %. Due sole rachialgie scomparvero con una puntura lombare decompressiva, nessun caso di morte, un solo collasso in un vecchio di 73 anni risoltosi senza conseguenze, nessuna cefalea postuma persistente, nessun altro disturbo degno di nota. Confrontando i risultati attuali con quelli ottenuti nell'epoca in cui non si praticava il metodo Daniel, si dichiara soddisfatto di questa pratica che si applica correntemente nella Clinica Chirurgica di Pisa.

C. CASSANO e F. CATELLI. — *L'ormone gonadotropo e la funzione insulare nel diabete mellito.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le colecistiti di origine intestinale.

M. Brulé e H. Garban (*Journ. méd. franç.*, sett. 1934) richiamano l'attenzione su queste colecistiti non litiasiche, che si osservano più spesso nella donna e che sfuggono se non si ricercano accuratamente.

Le malate si lamentano essenzialmente di disturbi dispeptici: digestioni lente, senso di gonfiezza dopo i pasti, rinvii; talora sensazione di bruciore allo stomaco, senza orario fisso. Compaiono poi delle crisi di « crampi allo stomaco », che già caratterizzano la colecistite.

Importanti per la diagnosi sono la nausea e la cefalea; la prima si osserva specialmente al risveglio e raramente finisce col vomito; la cefalea è più spesso frontale e talvolta prende il tipo dell'emicrania.

Non si deve aspettare che la malata richiami spontaneamente l'attenzione sulla regione della cistifellea.

Più tardi, si avrà un dolore sordo sottoepatico, con le classiche irradiazioni dorsali; i dolori possono esacerbarsi in crisi brevi, spesso coincidenti con i periodi mestruali; raramente si ha la sindrome dolorosa della colica epatica.

Questi periodi dolorosi si accompagnano talora a subittero, dovuto a congestione epatica. Spesso, durante questi attacchi si hanno disturbi intestinali accentuati: senso di gonfiore, dolore colico diffuso, scariche diarroiche. Essi non sono la conseguenza, ma la causa della colecistite.

Queste colecistiti possono essere rivelate soltanto mediante l'esame sistematico della regione vescicolare. Il segno di Murphy appare nettamente e la palpazione risveglia non solamente il dolore locale, ma anche quello irradiato, le nausee e perfino la cefalea. I dolori irradiati, ivi compresi anche quelli di sinistra, sono spesso provocati dalla palpazione profonda ai punti dorsali, frenici ed alla parte anteriore della regione deltoidea.

L'evoluzione di queste colecistiti croniche di origine intestinale è regolata essenzialmente dallo stato dell'intestino; guarendo questo, guarisce anche la colecistite, che invece non migliora col solo trattamento della cistifellea.

La diagnosi con la forma litiasica è spesso difficilissima e, secondo qualche A., soltanto possibile con la radiografia, che però non ha valore assoluto.

fil.

Le complicazioni dell'ulcera peptica.

La prognosi dell'ulcera peptica è notevolmente influenzata dall'esistenza o meno di complicazioni. Quelle che maggiormente influiscono sono l'ostruzione pilorica, l'emorragia e l'intolleranza agli alcali.

Nelle osservazioni di S. M. Jordan e E. D. Kiefer (*Journ. amer. med. assoc.*, 29 dic. 1934) il trattamento medico è stato sufficiente per guarire tale ostruzione nell'89 % dei casi (in totale 79); si ebbero recidive nel 13 %.

L'ostruzione, l'emorragia e l'intolleranza agli alcali costituiscono dei fattori sfavorevoli per il trattamento medico della malattia. Una sola emorragia ha effetto minimo; viene in seguito l'ostruzione; le emorragie multiple e la intolleranza agli alcali hanno l'effetto peggiore sull'ulteriore decorso della malattia.

fil.

Diagnosi e terapia dei disturbi emorroidarii.

A. W. Fischer (*Med. Klin.*, 18 gennaio 1935) ha voluto dare il suo consiglio al medico pratico che si trovi a fronteggiare il problema delle sofferenze emorroidali.

Anzitutto bisogna accertarsi se si tratta veramente di emorroidi; le ragadi, le fistole, le proctiti, le dermatiti pruriginose dell'ano, i polipi e — finalmente — il cancro del retto possono simulare la loro sintomatologia.

Inoltre è necessario, in questi malati, procedere ad un esame sistematico: l'anamnesi ci dirà del tenor di vita (sedentaria!) e della tendenza alla stipsi; l'esame obbiettivo (da farsi a gambe allargate o in posizione genupettorale) dovrà essere completato dall'esame digitale e — se necessario — dalla rettoscopia.

Va tenuto poi presente che il medico è chiamato a curare soltanto le emorroidi complicate; quelle non complicate non danno disturbi.

L'A., da buon chirurgo, si dichiara fautore di un intervento operatorio e ritiene che le iniezioni endo- o paravenose (meglio queste ultime) siano anzitutto meno efficaci e d'altra parte non meno dolorose.

Lo spasmo dello sfintere che accompagna le ragadi va vinto con la dilatazione forzata sotto narcosi; il prurito, se resiste alle cure locali, richiede l'interruzione delle fibre nervose sensitive con un taglio profondo, semicircolare, che circondi lo sfintere.

In nessun caso si mancherà di pensare che, alla base dei disturbi, possa esserci un cancro del retto!

V. SERRA.

Sopra un nuovo metodo di cura del morbillo.

Il morbillo è una infezione acuta esantematica causata da germe ancora ignoto, eminentemente contagiosa e perciò assai diffusa sulla terra. Se la sua prognosi è generalmente benigna, purtuttavia questa malattia miete ogni anno numerose vittime nei bambini in cattive condizioni generali di nutrizione specialmente se vivono in ambienti poco igienici. In questi ultimi tempi sono stati fatti tentativi per creare nei fanciulli sani, una immunità passiva od attiva: passiva, mediante l'iniezione di siero

di convalescente o di siero di sangue totale citratato di adulti che superarono il morbillo o con iniezione di siero di scimmia o di montone inoculati con prodotti di secrezioni di morbillosi oppure con iniezione di siero di capra immunizzata mediante inoculazione di diplocco viridans isolato dai morbillosi; attiva, mediante l'inoculazione in bambini sani di un vaccino preparato col germe isolato da Caronia. Ma la sieroterapia e la sieroprofilassi del morbillo non sono nell'attuazione pratica, troppo agevoli, a causa delle difficoltà di procurare il siero adatto, specialmente nei piccoli centri.

Nel 1924 Loewenthal ebbe l'idea di usare sistematicamente il piramidone nella cura del morbillo, dopo di lui altri medici usarono questo medicamento con buoni risultati, tra di essi Hoyra, Collier, Ronaldson, Winchester, ecc.

A. Contedini (*Accademia Medica* di Genova, 1935, n. 2) sperimentò nell'estate del 1924 il piramidone nel trattamento del morbillo, in occasione di una epidemia scoppiata su di un piroscafo in navigazione per l'America del Sud. Egli trattò ottanta malati con l'amidopirina e di essi: 64 guarirono, senza complicazioni prima dello sbarco, 15 sbarcarono ancora malati in un ospedale di Buenos Aires, donde uscirono tutti guariti; uno solo, di due anni, morì di bronco-polmonite. L'A. ha usato dosi proporzionate all'età, oscillanti tra gr. 0,30 e gr. 2 nelle 24 ore, durante tre o quattro giorni. La somministrazione veniva fatta giorno e notte ogni quattro ore, diluendo la dose in abbondante acqua zuccherata o gasosa.

VINCENTINI.

Dietetica e cure attuali dell'eczema del lattante.

Secondo l'opinione di Péhu e Aulagnier (*Journ. d. Méd. de Lyon*, 5 marzo 1925) l'eczema del lattante sarebbe di natura allergica. Parlano in favore di tale ipotesi i risultati della anamnesi familiare, la evoluzione clinica dell'affezione, ed i risultati positivi con le prove cutanee od ematiche. Esistono forme di eczema a tendenza invasiva e forme che restano a lungo o definitivamente localizzate. In queste ultime l'eczema si limita alla faccia e al cuoio capelluto, in forme ancora più leggere si osservano solo due piccole placche della grandezza di una moneta da una lira, localizzate simmetricamente davanti al trago, dove la pelle è rugosa e presenta qualche piccola papula secca.

Nelle forme localizzate lievi è inutile modificare profondamente la dieta: basta sorvegliare attentamente la digestione e l'accrescimento ponderale, per evitare il pericolo di una diffusione. Invece nelle forme intense, congestive, fortemente essudative è necessaria una dieta ben studiata.

In generale il latte non va considerato come l'allergene direttamente responsabile dell'eczema: le prove cutanee con il latte danno risultati incostanti, e d'altra parte una notevole riduzione della quantità di latte non è in genere seguìta da un miglioramento profondo e durevole dell'eczema. Perciò per lo più si farà bene a non svezzare il lattante se è al seno, e a non abolire il latte dalla sua dieta se esso è alimentato artificialmente. Poichè indubbiamente il grasso peggiora le manifestazioni cutanee, nell'alimentazione al seno si cercherà di diluire il grasso del latte se il suo contenuto risulta superiore al 4 % (accorciando la durata delle poppate e dando subito dopo, 4 cucchiaini di acqua bollita), nella alimentazione artificiale si darà la preferenza ai latti magri. Esistono però alcuni casi in cui l'eczema si accompagna ad irregolarità della curva ponderale e a disturbi intestinali molto tenaci: è probabilmente una ipersensibilità delle vie digestive che accompagna le manifestazioni della allergia cutanea, diventa allora necessario ricorrere alle diete prive di latte. L'alimento deve però sempre essere completo sotto tutti i rapporti, le indispensabili sostanze proteiche vengono fornite o in forma animale (fegato di vitello, uovo) o in forma vegetale (farina di soja).

È consigliabile evitare il ricovero dei lattanti eczematosi in qualsiasi collettività (ospedali, nidi, ecc.) perchè essi vi possono andar soggetti a morte improvvisa.

Le cure locali hanno una importanza secondaria: ad ogni modo esse devono essere blande e prudenti (impacchi di soluzione fisiologica, applicazione di olio di mandorle dolci o di linimento oleo-calcareo). Possono giovare talvolta la irradiazione ultravioletta o anche il soggiorno in montagna, a una altezza di 1000-1200 m., per alcune settimane. La cura sintomatica dell'eczema (opoterapia tiroidea, somministrazione di efedrina o di gardenal per calmare il prurito) non è che un palliativo: solo la cura antiallergica va veramente alla radice del male. Esistono due metodi di cura antiallergica: la abolizione dell'allergene dannoso e la desensibilizzazione. In pratica non riesce quasi mai possibile identificare l'allergene dannoso, perchè sia nelle prove cutanee che in quelle di altro genere interviene l'azione disturbante dei « para-allergeni ». I risultati migliori si ottengono con la desensibilizzazione aspecifica: si scelgono a tale scopo degli antigeni innocui e che non diano choc.

Gli AA. consigliano un vaccino fatto di enterococchi, contenente 500 milioni di germi per ccm. Praticano 12 iniezioni, a giorni alterni, incominciando da ½ ccm. e aumentando di ½ ccm. ogni volta, fino ad un massimo di 3 ccm.

R. POLLITZER.

Tubercolosi ed alterazioni delle vie respiratorie da inalazione di farine.

V. Mauro ha da tempo iniziato una serie di studi che comprovano come la farina, finora considerata come una polvere inerte ed innocua, possa invece determinare lesioni a carico dell'apparato respiratorio se inalata a lungo. Si possono avere notevoli ipertrofie ilàri e delle peribronchiti, svelabili radiologicamente. Le osservazioni cliniche sono confermate (*Folia medica*, 1934, n. 30) da ricerche sperimentali su animali, le quali dimostrano che sul principio non si hanno alterazioni anatomo-patologiche, ma che continuando l'inalazione di farina si assiste ad un graduale insediarsi di fatti catarrali, enfisematosi, edematosi, infiltrazione leucocitaria ed iperplasia connettivale peribronchiale.

Lo stesso A., in unione a M. Mazzeo, ha poi studiato i possibili rapporti fra l'inalazione di farine e lo sviluppo di tubercolosi polmonare e ciò sia dal punto di vista sperimentale che clinico. Risulta da tali osservazioni (*Rass. intern. clin. e ter.*, 1935, n. 1) che negli animali sottoposti ad inalazioni di farine, si ha una maggiore facilità dell'infezione tubercolare aerogena. Esaminando poi oltre 700 operai panificatori, gli AA. ne trovarono 7 i quali all'esame radiologica si rivelarono portatori di lesioni riportabili alla tubercolosi polmonare; fra essi, in 2 casi l'esame batterioscopico dell'espettorato fu positivo per il bacillo di Koch ed in altri 2 si ebbe risultato positivo con le sole prove biologiche e culturali.

Gli AA. concludono che probabilmente la inalazione continuata dei granuli d'amido possa favorire l'insediarsi dell'infezione tubercolare. *fil.*

Tracheotomia d'urgenza in bambino con difterite laringea e grosso timo.

S. Bile (*Il Vaisalva*, genn. 1935) descrive un caso di tracheotomia d'urgenza praticata in condizioni particolarmente difficili per lo stato gravissimo del piccolo infermo (2 anni) e per la presenza di un grosso timo, invadente la regione tracheale, che si dovette pazientemente lateralizzare, tagliando anche l'istmo tiroideo, molto alto. Il paziente guarì.

L'A. descrive la tecnica da lui usata in tali tracheatomie d'urgenza, praticate in case private ed insiste su molti particolari di notevole importanza pratica. *fil.*

SEMEIOTICA.

Il significato dell'arco colesterinico corneale.

M. H. Paillard (*Presse médicale*, 23 marzo 1935) studia il significato dell'arco o cerchio colesterinico corneale a cui si dà il nome di gerontoxon. Esso si può presentare: 1) in forma di arco, quasi sempre alla parte superiore della cornea, per l'estensione di un terzo o di mezza circonferenza; 2) di cerchio, occupante tutta la circonferenza della cornea, di spessore variabile, da ½ mm. ad 1 mm,; 3) di piastra, più o meno omogenea, che può mascherare oltre la metà dell'iride. Le lesioni passano dall'arco, al cerchio ed alla piastra.

È nota la natura colesterinica dell'arco corneale. Secondo Paillard, esso indica un'impregnazione colesterinica durevole. L'ipercolesterinemia può passare, ma l'arco rimane ed, in certi casi dubbi, può servire per affermare un processo anormale nel metabolismo organico della colesterina.

L'A. ha studiato la presenza dell'arco corneale in 420 casi; lo ha trovato nell'11 % di *litiasi biliare* confermata; la proporzione si eleva al 40 % se si considerano i casi di probabile litiasi biliare e quelli di disepatia. Nello *xantoma*, si trova nel 7 %; *nei tofi gottosi*, nel 2,5 %; nella *poliartrite secca*, nel 13,5 %; nella *cellulite*, nel 26 %; nell'*ateroma arterioso*, nel 2 %.

Nei casi di presenza di arco corneale, si aveva sempre un'elevata colesterinemia.

L'arco corneale (come pure il cerchio o la piastra) indica una precipitazione colesterinica ed è un accidente più precoce che la litiasi biliare; per la sua obbiettività e per il suo evidente significato biologico, esso merita di entrare in semeiologia corrente ed interessa più la medicina generale che non l'oculistica.

L'A. consiglia di eliminare il termine di gerontoxon, in quanto che, se l'arco corneale è più frequente nel vecchio, non manca negli adulti giovani; 28 casi dell'A. avevano età inferiore a 30 anni. La sua frequenza è maggiore nei maschi (241) che nelle donne (179). *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

L'influenza degli estratti di mucosa appendicolare sulla secrezione gastrica.

B. Boggian (La *Riforma Medica*, 23 marzo 1935), avendo incidentalmente notato, come un estratto acquoso di mucosa appendicolare modificava la secrezione gastrica in pazienti sottoposti a sondaggio gastrico a digiuno, ha di proposito eseguito ricerche sull'argomento. La tecnica è la seguente: il malato, digiuno dalla mezzanotte precedente, viene sondato verso le nove del mattino mediante il sondino di Einhorn. Il succo raccolto di volta in volta, viene misurato e subito dosato nei suoi componenti. Si esegue poscia il trattamento con estratti appendicolari per certo numero di giorni e quindi il p. viene sondato di nuovo.

Dall'esame dei risultati riferiti dall'A. si deduce che il trattamento per più giorni con estratto appendicolare è capace di aumentare la quantità del succo gastrico estratto, l'acido cloridrico libero e l'acidità totale. Tutti i pp. che precedentemente avevano disturbi da iposecrezione, li videro scomparire gradatamente, anzi taluni avvertirono senso di pirosi. Riguardo al meccanismo di azione esplicato dagli

estratti di mucosa appendicolare, l'A. è della opinione che si tratti di una azione a distanza e non di una azione locale sulla mucosa gastrica. È probabile che nell'estratto appendicolare sia presente una sostanza capace di potenziare la colina, il cui gruppo ossietilico ha azione parasimpatico-tropica. Sarebbe dunque l'azione ormonica a tipo parasimpatico della colina che influenzerebbe la secrezione gastrica provocando gli effetti suesposti.

VICENTINI.

VARIA

Il peso corporeo in rapporto con la salute.

R. Hutchinson (*Med. Society of London*, 11 febbraio 1935) si domanda quali vantaggi o svantaggi presenta il fatto di avere un peso maggiore o minore del normale. Tutte le statistiche delle società di assicurazione sulla vita dimostrano che magrezza e longevità sono associate. L'essere sotto-peso è invece uno svantaggio nell'età giovanile, perchè tali individui sono più soggetti a contrarre la tubercolosi, ma non però, almeno apparentemente, altre infezioni.

Per quanto riguarda il peso maggiore del normale, è un fatto che questi individui scendono più rapidamente il pendìo della vita perchè la obesità sembra associata — ma non esserne la causale — con alcune condizioni patologiche, come il diabete, certe forme di malattia renale, l'ipertensione, la degenerazione miocardica. Tutte queste malattie si trovano più spesso in individui con peso eccessivo, i quali sono anche dei « casi cattivi » nelle malattie acute e nelle operazioni.

La bronchite acuta non soltanto è sopportata peggio dai grassi, ma questi vi sono anche più predisposti; alcune forme di dispepsia acida si hanno più spesso in individui dal peso eccessivo. Vi sono altresì degli svantaggi meccanici nei grassi, cioè lo sforzo su certe articolazioni, sicchè si sviluppano più facilmente l'artrite al ginocchio ed il piede piatto.

Invece, i vantaggi dell'essere grasso consistono in un carattere di buona tempra, meno disposto all'ansietà, nella maggiore capacità di resistere al freddo ed una migliore resistenza a malattie denutrienti, in quanto che questi individui si trovano nelle condizioni di una città bene approvvigionata durante un assedio.

fil.

L'impressionante cifra delle sterilizzazioni in Germania.

È noto — rileva l' « Agenzia di Roma » — che, per la legge 14 luglio 1933, ogni individuo affetto da certe malattie ereditarie può essere sottoposto alla sterilizzazione chirurgica, a richiesta propria, o di un medico statale; in caso di contestazione, decide un tribunale speciale, le cui sentenze sono subordinate a ricorsi in appello presso un altro tribunale speciale.

Ora da una comunicazione fatta al Congresso della Federazione internazionale della Società di Eugenica, tenutosi a Zurigo, risulta che dal luglio 1933 al luglio 1934, vennero nel Reich eseguite ben 16.000 sterilizzazioni. Nella sola Turingia, con 1.600.000 abitanti, il numero delle sterilizzazioni effettuate fu di 1234; il numero dei ricorsi in appello non ha superato il 10 per cento.

Parti multipli.

Ha fatto il giro dei giornali la notizia del parto quintuplo avvenuto al Canadà, che si poteva ritenere il *non plus ultra* in argomento. Possiamo però rilevare che il *record* era tenuto da tempo dall'Italia, in base ad un'affermazione di Ambrogio Paré, il quale riferisce che una donna italiana chiamata Dorotea partorì in due volte venti figli (*sic!*), cioè nove in una volta ed undici nell'altra. Il fardello che essa portava quando era incinta era tanto grosso da dover sostenere il ventre, che le scendeva fino ai ginocchi, con una grande fascia che passava sul collo e sulle spalle. Nelle « Oeuvres » di Paré, è riportata anche la figura, riprodotta in *Aesculape*. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. V. N. da B.:

Eccole le indicazioni desiderate:

1) L. ASCHOFF. Trattato di anatomia patologica. IIª edizione, in 2 volumi rilegati. I. Eziologia generale e anatomia patologica generale. L. 170. - II. Anatomia patologica speciale. L. 160. Unione tip. editrice, Torino.

2) D. OTTOLENGHI. Trattato di igiene. F. Vallardi, Milano. A parte il volume sulla legislazione sanitaria di A. LABRANCA.

A. FILIPPINI. Prontuario dell'igienista. L. Pozzi editore, Roma. Prezzo L. 52.

3) V. PUNTONI. Manuale di microbiologia. Roma.

4) BORRI, CEVIDALLI, LEONCINI. Trattato di medicina legale. Vi è un appendice di Leoncini sulla nuova legislazione penale.

5) O. BUMKE. Trattato di psichiatria. Un. tip. ed., Torino.

G. MÒGLIE. Manuale di Psichiatria. L. Pozzi editore, Roma. Prezzo L. 56. R. P.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

V. TIERI. *Un nuovo metodo di sensibilizzazione della reazione di Wassermann.* — Poligrafica Reggiana, Reggio Emilia, 1934.

S. DI MAURO. *La prova di Förster nella diagnosi di epilessia.* — Tip. Ospedale Psichiatrico, Napoli, 1934.

S. DI MAURO. *Sul potere sedativo dello zolfo associato al bromuro.* — Tip. Jovene, Napoli, 1934.

R. F. VACCAREZZA, J. S. FERNANDEZ y E. SINGER. *Retraccion y dislocacion lobular consecutiva al neumotorax artificial.* — « Las Ciencias », Buenos Aires, 1934.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ATTI PARLAMENTARI

Il bilancio dell'interno al Senato.

Al Senato del Regno è stato discusso il bilancio del Ministero dell'interno, su relazione dell'on. Bevione.

Per quanto riguarda i servizi igienico-sanitari, la relazione rileva che l'azione di vigilanza da parte della sanità pubblica si è mantenuta intensa. Non si sono avute importanti diffusioni di malattie epidemiche. Le questioni della malaria, della tubercolosi, delle colonie estive, nonchè l'azione del Ministero diretta ad organizzare servizi speciali per la lotta contro i tumori maligni, hanno avuto larga trattazione nella relazione stessa.

Alla discussione hanno preso parte gli on. Felici, Micheli, Valagussa, Giordano, Giannini.

* * *

Nel suo chiaro ed esauriente discorso il sottosegretario on. Buffarini-Guidi, a proposito dell'attività assistenziale, rileva come nel decorso anno al patrimonio della pubblica beneficenza siano continuate a pervenire donazioni e lasciti in notevolissimo numero per un ammontare complessivo di lire 103.520.000.

Nel corso dell'anno sono stati costituiti in enti morali nove ospedali e sette case di ricovero, con un complessivo patrimonio di 25 milioni, nonchè 48 istituzioni per l'assistenza dei fanciulli e degli adolescenti, per un complessivo patrimonio di lire 13.930.467. In complesso l'andamento delle amministrazioni delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza è buono. Meritano una lode i Consigli direttivi delle opere benefiche, assai migliorati grazie alla oculata scelta dei dirigenti fatta dall'autorità fascista.

Durante l'anno decorso si è continuata anche l'opera di miglioramento dell'attrezzatura degli ospedali e dei manicomi. Alcuni di essi sono ancora in locali antigienici o situati in località centrali ed hanno bisogno di edifici nuovi, situati nella periferia. Si è progettata, per ciò, la costruzione di nuovi edifici, per la quale è prevista una spesa rilevante, che, però, sarà limitata allo stretto indispensabile.

L'amministrazione dell'interno non è d'accordo con il sen. Felici quando egli auspica l'istituzione di un grande manicomio con un esercito di specialisti. Questo mastodontico manicomio è irrealizzabile, per ragioni tecniche ed amministrative. Prevale, anzi, la tendenza opposta, anche per la necessità di non allontanare troppo i degenti dalle loro famiglie.

Rispondendo al sen. Bevione, il quale si è occupato del problema sanitario, afferma che il criterio animatore del nuovo testo unico delle leggi sanitarie ha ribadito ed esteso il concetto della unicità di direttive sia nei servizi di vigilanza igienico-sanitaria, sia nella difesa contro i contagi maggiori e minori e contro alcune fra le più importanti malattie sociali. Esso ha affermato, nel tempo stesso, il concetto che la lotta contro queste malattie non si può fare se non a base di idonea assistenza sanitaria tempestiva e con mezzi adeguati.

I servizi della pubblica sanità si trovano, oggi, ad una svolta decisiva per il loro sviluppo: nuovi organi sono in via di formazione e numerosissimi sono gli istituti, di vario genere, che svolgono la loro attività nel campo sanitario. Occorre che ogni malato sia tempestivamente assistito, in modo d'assicurarne la guarigione. È certo che bisogna accentrare tutte le direttive di una sola unità di comando.

Il sen. Giordano ha espresso opinione favorevole ad una statizzazione delle opere pie. Ciò creerebbe un enorme inconveniente. Tutte le donazioni e i lasciti probabilmente diminuirebbero, perchè, nel caso di mancanza di fondi, lo Stato dovrebbe assicurare la continuità e lo sviluppo di questi enti.

Circa la percentuale che gli ospedali detraggono dai proventi dei sanitari impiegati negli ospedali stessi, l'oratore ritiene che, per lo stesso contratto con gli ospedali, i sanitari non possono considerarsi dei veri e propri liberi professionisti, in quanto esiste un rapporto fra gli ospedali e questi sanitari. Sono perfettamente legali, quindi, le somme devolute all'ospedale e detratte dai proventi dei sanitari. I quali, non sempre, sottostanno a una vera e propria falcidia, come, per lo più, si va dicendo. I loro guadagni spesse volte sono notevoli.

Quanto alle libere docenze si deve considerare che esse costituiscono un titolo, che, nei concorsi, deve avere la sua importanza. Non tenerne conto sarebbe ingiusto. Ma non sempre la libera docenza è un titolo preferenziale. D'altra parte, se fra i titoli, il concorrente, produce la libera docenza, non è possibile non tenerne conto.

Il sen. Felici vorrebbe che il personale sanitario formasse un unico esercito, in tutta la penisola, alle dipendenze del Governo. Come i segretari comunali sono passati alle dipendenze dello Stato, così il personale sanitario dovrebbe dipendere dal Ministro degli Interni. Ma i due fatti non sono fra loro paragonabili. È opportuno, per ora, lasciare che i medici si trasferiscano da un Comune ad un altro soltanto per loro desiderio.

Cronaca del movimento professionale.

Regolamento per i concorsi.

La « Gazzetta Ufficiale » del 5 aprile, n. 80, pubblica il Regolamento dei concorsi a posti di sanitari addetti ai servizi dei Comuni e delle Provincie, approvato con R. Decreto in data 11 marzo, n. 281; ce ne occuperemo presto.

Vicende di un concorso.

Il Consiglio di Stato, decidendo di un ricorso prodotto dal dott. Filiberto Martini avverso un provvedimento del Comune di Castellucchio, ha

stabilito un importante principio di massima sull'uso delle facoltà spettanti alle Amministrazioni degli Enti locali in tema di concorsi.

Il Comune di Castellucchio aveva indetto un concorso per medico condotto, che si concludeva con una strana graduatoria: tutti i concorrenti, con l'assegnazione di 29 voti su 30, venivano giudicati di pari capacità. Il Consiglio di Stato però, su ricorso del dott. Filiberto Martini, annullava la deliberazione della Commissione giudicatrice del concorso. Il Martini attese allora che il Podestà riconvocasse la Commissione e che si richiedesse ai concorrenti una nuova esibizione dei titoli. Dopo qualche tempo apprese che il Podestà, affermando che i titoli erano già stati restituiti agli interessati e che non si aveva modo di accertare se tutti costoro avrebbero ripresentati quelli già esibiti, aveva annullato il concorso e ne aveva bandito un altro.

Di qui il nuovo ricorso del dott. Martini — assistito dagli avv. Orazio e Vincenzo Sechi — che ha provocato la decisione seguente.

Nella sentenza che accoglie il ricorso si rileva che la facoltà della pubblica amministrazione di revocare un concorso già bandito ed avviato può essere esercitata solo per gravi ragioni di interesse pubblico che devono essere dichiarate e non debbono trovarsi in contraddizione con gli atti e i fatti del giudizio, in quanto tale contraddizione viene a costituire la forma tipica dell'eccesso di potere. Nel caso in esame, il motivo addotto dal Podestà di non poter, cioè, accertare se tutti i concorrenti avrebbero ripresentato i titoli già esibiti, trovava chiara e decisiva smentita nel fatto che il verbale della Commissione giudicatrice elencava i titoli di ciascun candidato con l'esatta descrizione di quanto risultava da ciascun titolo.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CASTELVETRANO. — (Vedere TRAPANI).

GENOVA-SAMPIERDARENA. *Ospedali Civili.* — Aiuto chirurgo, aiuto neurologo e aiuto radiologo; titoli ed esami; tassa L. 50; docum. a 3 mesi dal 30 marzo; L. 5000; per il 1° ed il 3° posto partecipaz. 12 %; ritenute. Scad. ore 17 del 30 maggio. Chiedere copia del bando. Rivolgersi alla Segreteria di detti Ospedali, Corso Roma.

MARRADI (*Firenze*). *Ospedale di S. Francesco.* — A ore 16 del 20 maggio, chirurgo direttore; età limite 40 anni; titoli; stip. L. 10.000 e 8 trienni decimo, lorde; c.-v.; compartecipaz. Chiedere copia del bando. Rivolgersi alla Congregazione di Carità

MARSALA. — (Vedere TRAPANI).

MONZA (*Milano*). *Ospedale Umberto I del Circolo di Monza.* — Concorso per titoli ed eventualmente per esami, al posto di Medico Primario. Scadenza alle ore diciotto del giorno 14 giugno 1935-XIII. Periodo di prova anni due, trascorso il quale il Primario potrà essere confermato per quindici anni e, successivamente, per quinquenni, fino al limite di età di anni 65. Stipendio L. 8272, oltre le compartecipazioni per la cura ai solventi in proprio ed ai soci delle Mutue Sanitarie. Età massima anni 45 salvo le eccezioni di legge. Alla domanda in competente bollo dovranno allegarsi i documenti richiesti dal bando di concorso. Il concorrente dovrà essere in possesso della laurea in medicina da almeno dieci anni e dovrà dimostrare di avere prestato, per oltre sei anni, servizio effettivo presso Ospedali di almeno 250 letti o presso Cliniche od Istituti di Patologia universitari. Chiarimenti alla Segreteria dell'Ospedale.

NAPOLI. *R. Albergo dei Poveri.* — Concorso per titoli ed esami a direttore del servizio dermosifilopatico; annuo stipendio L. 3000 lorde. Scad. ore dodici del 28 giugno. È inoltre prorogato il termine per la presentazione delle domande per accedere al concorso per il posto di assistente al gabinetto di analisi presso il dipendente Ospedale di Loreto, fino alle ore dodici del 30 aprile. Rivolgersi alla segreteria, in Piazza Carlo III.

ROMA. *Opera Naz. Maternità e Infanzia.* — Scad. 30 aprile; direttore della Casa di Maternità « Regina Margherita » di Bordighera; 6 mesi di prova, con assegno mensile di L. 900, vitto e alloggio; nomina e conferme quinquennali; stip. L. 18.000 lorde e quinquenni dec.; vitto e alloggio; età limite 40 anni al 1° maggio. Titoli di preferenza: l. d. in ostetricia e ginecologia, specializzazione in pediatria. Rivolgersi alla sede centrale, piazza Adriana 20, Roma.

SAMBUCA PISTOIESE (*Pistoia*). — Scad. 9 giugno; condotta consorziale; L. 9500 e 8 trienni dec., oltre L. 3000 trasp.; riduzioni 18 e 24 % rispettiv.; età limite 35 anni; tassa L. 50.

TRAPANI. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Concorso per titoli ed esami al posto di Aiuto medico del Dispensario Prov. di Trapani. Stipendio lordo L. 12.000 escluse le riduzioni di cui ai RR. DD. 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 aprile 1934 n. 561. Età massima 40 anni. Scadenza 25 maggio 1935.

ID. — Concorso per titoli ed esami al posto di Direttore delle Sezioni Dispensariali di Marsala e Castelvetrano. Stipendio lordo L. 10.000 escluse le riduzioni come più sopra Età massima 40 anni. Scadenza 10 giugno 1935.

Chiarimenti presso la Segreteria del Consorzio.

CONCORSI A PREMI.

Concorso per un lavoro di Medicina sportiva.

In occasione degli Agonali e dei Littoriali dell'anno XIII, l'Ufficio Medico-Sportivo del G.U.F. « Amos Maramotti » di Torino, indìce un concorso di Medicina dello Sport.

I lavori potranno essere di fisiologia, igiene e patologia dello sport, sia sperimentali che di compilazione.

Possono concorrere gli studenti in medicina delle RR. Università del Regno iscritti al GUF e i medici ancora iscritti al GUF e che siano iscritti alla F.I.M.S.

I lavori debbono essere inediti ed inviati in 5 copie dattilografate all'Ufficio Medico Sportivo del GUF di Torino — via Bernardino Galliari 28 — entro il 15 giugno XIII.

Assieme al lavoro il concorrente dovrà inviare il certificato di appartenenza al GUF e alla Federazione Italiana dei Medici Sportivi.

Il concorso è dotato di due premi in denaro; il primo di L. 200 (duecento), il secondo di L. 100 (cento).

A parità di classificazione hanno la preferenza i lavori presentati da medici o studenti che abbiano prestato opera nell'Ufficio Medico Sportivo del GUF di Torino.

Per le altre condizioni rivolgersi all'Ufficio predetto.

Borsa di Studio « Carlo Comba ».

Presso la R. Università di Firenze è aperto un concorso per una Borsa di Studio biennale, dell'ammontare di L. 3500 annue, intitolata al nome di « Carlo Comba », da conferirsi ad un giovane laureato in Medicina e Chirurgia, e che intenda perfezionarsi negli studi pediatrici, presso la Clinica Pediatrica Medica dell'Università.

Possono partecipare al concorso giovani di nazionalità italiana laureati da non oltre tre anni in Medicina e Chirurgia, al 30 settembre, data di scadenza. Chiedere il bando. Rivolgersi alla Segreteria dell'Università.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Edoardo Lombroso è nominato presidente della Società delle Scienze Mediche di Tunisi.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha eletto corrispondenti stranieri per le scienze biologiche Hopkins di Cambridge, autore d'importanti studi sulla nutrizione, e Inada di Tokio, il quale scoprì con Ida l'agente dell'ittero infettivo.

Il dott. Mario Banchiero è nominato presidente dell'Associazione Odontologica Argentina.

Il prof. Otto Grüntz, aiuto alla Clinica dermatologica di Kiel, è chiamato come ordinario a Bonn.

Il dott. Walther Löplein, professore di oftalmologia a Friburgo i. Br., è chiamato quale ordinario a Berlino.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Da Milano:

I^a Riunione cardiologica italiana.

Ha avuto luogo il 14 corr. a Milano nell'aula della Clinica Medica. Figuravano fra gli intervenuti oltre a moltissimi clinici quasi tutti i cultori italiani di Cardiologia. Sul tema posto all'ordine del giorno « Le coronariti » hanno riferito il prof. A. Cesaris-Demel per la parte anatomo-patologica e il prof. C. Pezzi per la parte clinica.

Il prof. Cesaris-Demel ha richiamato in particolar modo l'attenzione sulla esistenza di fibre muscolari sia nel tratto iniziale dell'aorta che nel punto di origine delle coronarie, le quali potrebbero avere grande importanza per chiarire alcuni punti ancora oscuri della patogenesi delle coronariti; il prof. Pezzi ha trattato in modo veramente magistrale e con ampia documentazione elettrocardiografica sia della trombosi coronarica acuta che dell'angina di petto, espressione di coronarite semplice senza trombosi.

Interessantissima è stata anche la discussione. Il prof. Di Pace si soffermò a lungo sulle modalità della circolazione cardiaca e più specialmente sulla rete anatomica che unisce le due coronarie; il prof. Pepere ricordò la possibilità di coronariti in corso di reumatismo articolare acuto; il prof. Condorelli, dopo aver rammentato alcune ricerche personali, ha insistito su alcune indicazioni terapeutiche (atropina, eufillina) nell'infarto cardiaco; il prof. Chini parlò di alcuni rapporti tra alternanza del cuore e alterazioni coronariche.

Il sen. Pende infine riferì su particolari aspetti del flebogramma, di grande utilità per la diagnosi di infarto miocardico.

Dal prof. Cantoni, della Clinica Medica di Milano, venne poi presentato un malato, affetto da vizio mitro-aortico, operato di tiroidectomia.

Terminata la discussione della Relazione, furono fatte comunicazioni da parte dei proff. Luisada, Cataldi, Galatà, Buccianti ecc.

* * *

Le relazioni dei proff. A. Cesaris-Demel e C. Pezzi saranno pubblicate per esteso, unitamente alle discussioni ed alle comunicazioni, in un fascicolo a parte della Rivista « Cuore e Circolazione ».

A. P.

NOTIZIE DIVERSE.

VII Congresso internazionale degli infortuni e delle malattie del lavoro.

Ricordiamo che avrà luogo dal 22 al 27 luglio a Bruxelles.

L'Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro è stato autorizzato dai competenti Ministeri a promuovere ed organizzare la partecipazione italiana a detto Congresso, così come assolse analogo compito per i precedenti Congressi di Budapest (1928) e di Ginevra (1931).

È opportuno che coloro i quali intendano presentare memorie o comunicazioni al Congresso lo facciano per il tramite dell'Istituto o, se già le avessero inviate direttamente a Bruxelles, che ne diano notizia all'Istituto stesso; ed occorre altresì che tutti coloro che desiderano iscriversi al Congresso si rivolgano all'Istituto (Direzione Gene-

rale, via IV Novembre 144, Roma) che, d'intesa col Comitato belga, provvede a raccogliere le adesioni e le relative quote, a rilasciare tessera e documenti di viaggio ed a dare le informazioni del caso.

I temi posti all'ordine del giorno sono i seguenti:

A) Sezione Chirurgica: 1) Esiti lontani dei traumi del cranio; 2) Traumi della mano e delle dita.

B) Sezione Malattie Professionali: 1) La lotta contro le polveri industriali; 2) L'azione patologica dei gas delle miniere.

C) Sezioni Riunite: 1) Manifestazioni oggettive del dolore; 2) Lesioni da elettricità.

Tutte le comunicazioni dovranno essere strettamente attinenti ai temi suddetti; tuttavia nell'ultima tornata del Congresso potrà essere consentito che vengano esposte anche altre comunicazioni, sempre però che abbiano rapporto con la patologia e la fisiologia del lavoro.

Essendo l'italiano lingua ufficiale del Congresso (insieme con la francese, l'inglese e la tedesca) i connazionali sono strettamente tenuti ad usare la loro lingua sia nei lavori da produrre in iscritto come nelle discussioni orali. Le comunicazioni orali e le discussioni fatte in lingua italiana saranno immediatamente tradotte da appositi interpreti e verranno poi pubblicate per esteso in italiano, negli atti ufficiali del Congresso insieme con un riassunto nelle altre tre lingue.

Le spese per la riproduzione di eventuali illustrazioni annesse alle comunicazioni saranno a carico esclusivo degli autori.

Vi sono tre forme di iscrizioni al Congresso: 1) come Membri effettivi, categoria nella quale sono ammessi esclusivamente i medici e per la quale è stabilita la quota di 20 « Belgas » (Lit. 56); 2) come Membri associati, categoria riservata ai non medici e per la quale è stabilita la quota di 15 « Belgas » (Lit. 42); 3) come Membri aderenti, riservata alle signore e ai ragazzi che facciano parte della famiglia dei congressisti iscritti in una delle due categorie precedenti e per la quale è stabilita la quota di 10 « Belgas » (Lit. 28). Le quote suddette, che sono a beneficio esclusivo del Comitato Belga, potranno essere versate o inviate alla Direzione Generale dell'I.N.F.A.I.L., che provvederà al rilascio delle tessere di partecipazione e dei documenti occorrenti per fruire delle agevolazioni ferroviarie.

Sono stabilite notevoli facilitazioni di viaggi e di soggiorno. Chiedere il programma all'Istituto.

4º Congresso francese di ginecologia.

Si terrà dall'8 al 10 giugno in Salies de Bearn, sotto la presidenza onoraria del dott. Doléris e quella effettiva del prof. Guyot di Bordeaux. Tema in discussione « Le emorragie genitali al di fuori della gravidanza »: anatomia vascolare (L. e R. Dieulafé di Tolosa), emorragie da causa generale (P. E. Weil di Parigi), emorragie da causa locale (P. Ulrich di Parigi), trattamento medico (M. Turpaul di Parigi), trattamento fisioterapico (Courriades e Sita Dutreuilh di Bordeaux), trattamento chirurgico (F. Jayle di Parigi). Durante il congresso si terrà un'esposizione di strumenti, apparecchi fisioterapici e prodotti farmaceutici. Sono in programma feste ed escursioni organizzate dalla Stazione termominerale di Salies de Bearn. Rivolgersi al segretario generale, Dr. Maurice Fabre, rue du Conservatoire 6, Paris (IXe).

La Società italiana di ematologia.

Per riunire quanti si occupano di studi ematologici e per dare un maggior incremento allo studio delle malattie del sangue, si è costituita in Milano (via F. Sforza 35), per iniziativa del prof. A. Ferrata, la Società italiana di ematologia del cui Comitato ordinatore fanno parte illustri personalità del campo scientifico nazionale tra le quali i proff. sen. Micheli, Cesa-Bianchi, Zoja, Finzi G., Gamna, Di Guglielmo, Lattes, Cesaris Demel ecc.

Riunione annuale della Società italiana di Storia delle scienze mediche.

A Roma, in una sala gentilmente concessa del Museo dell'Arte Sanitaria in Santo Spirito in Sassia, si è tenuta la riunione annuale della Società.

Il presidente sen. Giordano ricorda brevemente, con nobili parole, i soci scomparsi, proff. Bilancioni, Lotti, Burci, Ceresoli e anche, sebbene non socio, il prof. Portigliotti, umanista, storico, artista « come un po' tutti i nostri psichiatri ». Il prof. Capparoni commemorò poi il prof. Bilancioni, valoroso storico della medicina.

Il prof. Corsini, segretario, riferisce sullo stato morale e finanziario della Società.

Il presidente riferisce poi sulla preparazione del Congresso di Madrid (23-29 prossimo settembre).

Procedutosi alla votazione per le cariche, viene riconfermato alla Presidenza il sen. Giordano e così pure viene riconfermato il Consiglio Direttivo; nel posto rimasto vacante per la morte del prof. Bilancioni viene acclamato il prof. Gualino (Alessandria).

Si passa poi alle comunicazioni dei proff. Capparoni, Castiglioni, Oliaro, Pazzini, Piccinini, Casagrandi, ciascuna susseguita da discussioni.

Associazione Medici Italiani Artisti.

Si è costituita in Genova il 17 marzo u. s. e si è riunito al completo il Direttorio così costituito: presidente generale: prof. Camillo Ramorino (Firenze); vice-presidente: prof. Pietro Berri (Genova); segretario generale: dott. Nando Bennati (Milano); vice-segretario: dott. Antonio Fracassi (Milano); cassiere: dott. Giovanni Andreoni (Milano); presidenti di sezione: per la storia della medicina, prof. Benedicenti (Genova); per la letteratura e il teatro, dott. Luigi Sanguineti (Milano); per la musica, dott. Giuseppe Sigurini (Milano); per le arti figurative, dott. Luigi Villa e per « varia » dott. Eolo Camporesi.

Il presidente generale prof. Ramorino, ha annunciato il riconoscimento ufficiale dell'Associazione per parte delle autorità ed ha inoltre comunicato le ambite adesioni di S. A. il Principe di Piemonte e del Sottosegretariato per la Stampa e Propaganda.

Dopo discussione, si delibera che il III Convegno si svolga in Genova nei giorni 22, 23 e 24 giugno e si tracciano le linee generali del programma. Nell'attesa di fissare i singoli temi per l'ordine del giorno del Convegno, si delibera di affidarli ai camerati Ardoino, Berri, Camporesi, Trucchi, Desderi, Masnata, Bezzio, Maltoni, Rolandi, Benedicenti, Cazzamalli. Nei tre giorni del Convegno avranno luogo la commemorazione del camerata poeta Trevisani, su la cui tomba verrà piantato il simbolico lauro e parlerà il camerata Pierucci; ricevimenti in Municipio; una gita a Rapallo; un concerto di musiche e di esecutori medici, auspicando in proposito alla costituzione del

Quartetto Nazionale Medico Ponticaccia, Ramorino, Berri, Acqua; una Mostra d'Arte di Medici, per la quale sono già molte le adesioni e alla quale verrà aggiunta quella del Libro (« Biblioteca della Genialità Medica Italiana »).

L'Associazione terrà una particolare commemorazione di Giosuè Carducci; da inquadrarsi nel programma delle celebrazioni nazionali, affidandola al poeta Luigi Amaro, legionario Fiumano e membro del Direttorio Nazionale dell'Associazione stessa.

Per il prof. Gaifami.

Il dott. L. M. Pierra, direttore della « Revue Française de Gynécologie et d'Obstetrique », dopo avere annunziato, nel numero di marzo 1935, l'avvento del prof. Paolo Gaifami alla cattedra che fu del compianto prof. Pestalozza, aggiunge un giudizio che ci è grato di riportare:

« Il prof. Gaifami non è solo un eccellente maestro, un operatore di cui è universalmente riconosciuto il valore, ma è sopratutto un lavoratore instancabile, che ha pubblicato più di duecento memorie originali in tutte le branche della ginecologia. Dobbiamo alla sua vecchia amicizia di aver avuto la grande fortuna di pubblicarne qualcuna in questa Rivista e sappiamo quale accoglienza hanno incontrato presso i nostri lettori. Egli stesso dirige da un decennio « La Clinica Ostetrica », di cui ha saputo fare uno dei migliori periodici della nostra specialità.

Nessuno più di lui era degno di succedere al maestro e di occupare la cattedra illustrata da questi per tanti anni. Ci auguriamo che, a sua volta, il nostro caro ed eminente collega possa dare a Roma, in un campo degno di lui, la misura delle sue belle ed alte qualità ».

Corsi di perfezionamento e di aggiornamento.

Il giorno 29 aprile corrente si inizia a Genova, presso l'Istituto di Studi Scientifico-Pratici sulla Tubercolosi, un corso celere, per medici, nella patologia, clinica e profilassi delle malattie tubercolari: corso tutto pratico, della durata di un mese, che ha luogo sotto la direzione dei proff. sen. E. Maragliano e sen. N. Pende col concorso di varî professori della Facoltà Medica di Genova.

Poichè questo corso è assai frequentato ogni anno, e ogni anno succede che gli iscritti tardivi non trovano più posto, è utile che i medici, i quali vogliono approfittarne, si affrettino a fare la domanda perchè il numero degli ammessi è limitato.

Le domande di iscrizione non hanno bisogno di alcun documento; basta la sola richiesta, redatta in carta semplice, indirizzata alla Direzione dell'Istituto di Studi Scientifico-Pratici sulla Tubercolosi, Genova, via Balilla 1. L'iscrizione è gratuita.

Dall'1 al 23 luglio si terrà un corso di perfezionamento in medicina presso la Facoltà medica di Friburgo i. Br. Tassa d'iscrizione: 50 marchi (compreso un corso di lingua tedesca: 80 marchi). Per informazioni d'ordine generale rivolgersi al: Geschäftstelle der Ferienkurse, Schwimmbaderstr. 8; per informazioni d'ordine medico al: Prof. Dr. C. Noeggerath, Univ. Kinderklinik, Mathildenstr. 1, Freiburg i. Br., Germania.

Per i corsi di puericultura, igiene ed assistenza sociale.

La presidenza dell'O. N. B., facendo seguito alle precedenti disposizioni concernenti i corsi di igiene, assistenza sociale e puericultura per le giovani, informa che detti corsi devono rispondere alle seguenti finalità:

a) di impartire nozioni igieniche relative al bambino, necessarie perchè esso prosperi e raggiunga la migliore efficienza fisica e psichica, e perchè viva difeso dalle malattie che lo minacciano e, se malato, tempestivamente e razionalmente curato;

b) di impartire le nozioni relative alla salute della futura madre e relative alla madre come nutrice del bambino.

Devono raggiungere il conseguimento di altre due importanti finalità e cioè:

c) preparare moralmente le giovinette a sentire, nella maternità, la più alta e specifica funzione della donna;

d) fare delle giovinette le collaboratrici del Regime, nella difesa della famiglia e nella politica demografica, rivolta oltre che alla qualità alla quantità della prole.

Verrà dato, così, a questi corsi dell'Opera Balilla un compito caratteristico consono ai sani principii educativi del Fascismo.

Naturalmente data la età delle frequentatrici, non si potranno dedicare lezioni al problema ed ai danni della limitazione delle nascite o ad altri argomenti allo stesso problema attinenti.

Si dovrà, invece, ricordare, sopratutto nelle lezioni introduttive, l'importanza della missione della madre.

Nelle Università della Germania.

Il limite d'età per i professori universitari della Germania è stato abbassato a 65 anni. Rimangono invariate altre disposizioni; così il Ministro federale delle scienze, dell'insegnamento e dell'educazione popolare ha facoltà di mantenere i professori nella cattedra, qualora egli lo stimi utile al « Reich »; il ministro si è valso spesso di tale facoltà. L'esonero può essere limitato al solo insegnamento e non riguardare la direzione dell'Istituto. I professori esonerati hanno diritto di valersi dell'Istituto per compiervi delle ricerche (molti lo fanno) come pure di tenervi delle lezioni concernenti la loro disciplina (ciò accade di rado).

Lo stipendio dei professori esonerati rimane integro, perchè non sono considerati « pensionati » come i funzionarî, ma « emeriti ».

Nuova Società medica.

Il 7 aprile si è inaugurata in Udine la Società Medica del Friuli, con una solenne cerimonia alla quale intervennero le principali gerarchie politiche e numerosi medici della Regione.

S. E. il Prefetto Testa prese per il primo la parola enumerando le benemerenze del Regime nelle organizzazioni sanitarie della Provincia, e assicurò la costruzione, nel più breve termine possibile, del nuovo grande Ospedale, alla quale il Governo partecipa con un contributo di 8 milioni.

Parlarono quindi il segretario del Sindacato prof. Chizzola e il prof. Varisco, presidente della nuova Società, il quale presentò l'oratore: il prof. Fabio Vitali di Venezia.

Questi, con acutezza di analisi e grande nobiltà di forma illustrò i nuovi orientamenti del pensiero medico, lumeggiò il mutare dei rapporti, attraverso i tempi, fra medicina e chirurgia, rilevò l'importanza assunta, nel movimento culturale medico, da questi centri periferici rappresentati dalle Società Regionali, e rievocò infine le maggiori personalità mediche del Friuli.

L'Ufficio di Presidenza della nuova Società è costituito dal prof. Varisco, presidente, dal prof. Pieri, vice-presidente e dal prof. Bettini, segretario.

Un po' dovunque.

Mentre questo numero va in macchina, si tengono il Congresso italiano di dermosifilografia a Roma e quello internazionale di stomatologia a Bologna; ne riferiremo prossimamente.

Viene svolgendosi con intensità in tutta Italia la 5ª Campagna antitubercolare; ne riporteremo prossimamente i risultati finali.

Il Congresso internazionale sulla malaria, che doveva adunarsi a Madrid nel prossimo ottobre, è stato rimandato alla primavera del 1936, in epoca da destinarsi.

Un Congresso internazionale dei medici cattolici è organizzato dalla « Société Médicale Belge de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien »; avrà luogo a Bruxelles dal 29 maggio al 4 giugno; quota, comprese tutte le spese, 740 franchi belgi a persona. Rivolgersi alla segreteria della Società, rue Blanche 14, Bruxelles, Belgio.

Ricordiamo che dal 29 giugno al 3 luglio si svolgerà la 14ª sessione delle Giornate mediche di Bruxelles; nell'occasione avrà anche luogo una Conferenza medica internazionale di educazione fisica e degli sport. Sono organizzate feste, gite, escursioni. Chiedere il programma al segretario generale Dr. René Beckers, rue Belliard 141, Bruxelles, Belgio.

La Società tedesca sulla tubercolosi e la Lega di medici tisiologi tedeschi si aduneranno dal 13 al 15 giugno a Bad Kreuznach.

La Lega libera dei fisiologi svizzeri si adunerà il 29 giugno a Ginevra.

La Società Lombarda di Chirurgia e la Società Lombarda di Medicina si sono adunate in comune il 1° marzo, sotto la presidenza dei proff. M. Donati e A. Ferrata, per discutere il tema « L'appendicite cronica ». Diamo il resoconto della riunione in altra parte del giornale.

La Società Lombarda di Chirurgia si è poi adunata nello stesso giorno, sotto la presidenza del prof. M. Donati; sono state fatte comunicazioni da T. Naegeli, N. Della Mano, M. Lusena - G. Seni-gaglia, V. Pettinari, R. Zanoli.

La Società Medico-Chirurgica Calabrese, Sezione di Cosenza, si è adunata il 2 marzo, sotto la presidenza del prof. G. Santoro. Sono state fatte comunicazioni dal dott. Nucci (Colibacillosi con localizzazione cerebro-spinale) e dal prof. Santoro (In difesa della maternità).

La Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio V. si è adunata il 27 febbraio, sotto la presidenza del prof. Coletti, assistito dal segretario dott. P. Fabris. Sono state fatte comunicazioni dai soci Ventura, Opocher, G. Baroni, G. Dalla Zentil.

L'on. prof. Eugenio Morelli ha tenuto al Teatro Comunale di Forlì, presenti tutte le autorità cittadine e un folto pubblico, una conferenza sulla diagnosi precoce della tubercolosi. Altre conferenze sullo stesso tema sono state tenute in molte altre città italiane.

Con vivo rimpianto segnaliamo la morte del dott. LUIGI SILVESTRI, decano dei medici romani, mancato ai vivi in questi giorni all'età di 91 anni.

Direttore per lungo tempo di dispensarii celtici e poi ispettore per la profilassi antivenerea nel Comune di Roma, si acquistò larga e meritata stima nel ceto dei colleghi e fra la estesa clientela che ne apprezzavano la valentia e la probità professionale.

La Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia lo ebbe per molti anni economo-cassiere e lo volle poi, in segno di stima e di gratudine specialmente per le benemerenze acquisite nella organizzazione del V Congresso internazionale della Specialità tenutosi in Roma nel 1911, fra i suoi socii onorarii nazionali.

Al figliuolo prof. Silvestro, nostro stimatissimo collega, ed alla famiglia tutta, esprimiamo le più sincere condoglianze. V. M.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 29 Aprile 1935 - XIII Num. 17

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI SASSARI
diretto dal Prof. GIUSEPPE SABATINI.

Cu[illegible] medica diretta dell'ulcera duodena[illegible] [illegible]ed in genere delle sindromi dolorose d[illegible]duodeno.

Prof. GIUSEPPE SABATINI.

Pre[illegible]tto — riservandomi di ritornare sul- l'argo[illegible]nto in un prossimo lavoro — che l'ulcera [illegible]odenale costituisce, a mio giudizio, un'ent[illegible] nosografica da mantenere quanto più è pos[illegible]ile distinta clinicamente dall'ulcera gastric[illegible] differendo queste due malattie per gli att[illegible]ti clinici fondamentali e lasciandosi anche [illegible]volmente differenziare per i loro caratteri [illegible]atomopatologici, mentre, allo stato attuale [illegible]lle nostre conoscenze, tutto lascia supporr[illegible]e esistano anche differenze nei momenti et[illegible]gici e nei meccanismi patogenetici rispettivi

Bisogna nel contempo riconoscere che questa separazione è sempre molto delicata e talora addirittura impossibile, per un triplice ordine di motivi: *gli uni di indole anatomica*, derivanti dalla difficoltà di delimitare macroscopicamente lo stomaco dal duodeno, non esistendo fra questi due tratti del tubo digerente una frontiera anatomica decisa, basata su dati morfologici evidenti e fissi e non già difficili a riscontrare, variabili e più che altro soggettivi o convenzionali come sono appunto quelli comunemente adottati; *gli altri di indole clinica*, derivanti dalla fondamentale simiglianza delle manifestazioni sintomatologiche, subbiettive ed obbiettive, delle due malattie, dalla identità di molti fra i reperti di laboratorio, coi quali siamo oggi in grado di accertarle e individuarle — ivi compresi molte volte i reperti radiologici — e dalla comunanza di gran parte della terapia; *gli ultimi* infine, e non trascurabili, *derivano dalla non infrequente coesistenza*, nello stesso soggetto, di ulcerazioni a sede gastrica e a sede duodenale.

Ma queste riconosciute difficoltà non sono sufficienti, a mio avviso, per autorizzare a fon-

dere in un unico capitolo clinico, come si tende a fare correntemente, l'ulcera gastrica e l'ulcera duodenale. E nonostante esse conviene, per molte ragioni, d'altronde sostenute anche dai più autorevoli studiosi della materia specialmente inglesi e americani (Moynihan ed altri), tendere non già a raggruppare le manifestazioni morbose dell'ulcera duodenale (e del duodeno in genere) con quelle dell'ulcera gastrica (e della patologia gastrica, particolarmente nelle manifestazioni di lesioni antrali e piloriche), ma dirigere gli sforzi a far penetrare sempre più addentro l'indagine clinica e a raffinare sempre più i mezzi di obbiettivazione, per sempre meglio riuscire a separare le due manifestazioni morbose e, qualora esse esistano contemporaneamente, per raggiungere la possibilità di riconoscere con la massima probabilità questa coesistenza.

È indubbio che quanto maggiore è l'esperienza medica posseduta a proposito di queste malattie tanto meno ardua riesce la loro speciale individualizzazione al letto dell'infermo. Veniamo vedendo, d'altronde come i chirurghi riescano con sicurezza sempre crescente a riconoscere, anche nei dubbiosi casi limiti, se un'ulcera sia pilorica o duodenale, mentre i radiologi acquistano anch'essi dati ogni giorno più precisi per la discriminazione delle due forme anche nelle sedi di confine; sicchè si rende sempre più esiguo il numero di quelle, che io chiamo *sintomatologie di frontiera*, alle quali del resto solo in linea eccezionale corrispondono effettivamente *ulcere di frontiera*, cioè lesioni anatomiche poste sulla frontiera gastroduodenale e sulla ristretta zona del piloro anatomicamente considerato, e quindi imprecisabili.

Conviene dunque non rinunziare a parlare di ulcera duodenale (in genere ciò vale anche per le altre sindromi duodenali) come di entità morbosa clinicamente definita, che possiede cioè molti attributi clinici e quindi diagnostico-differenziali proprio e bene individualizzabili.

Ciò ho premesso, in quanto è ad una siffatta concezione clinica, che intendo appunto attenermi nel presente lavoro.

*
* *

Nel dicembre del 1928 Moynihan scriveva aver quell'anno segnato la data di un ravvivarsi dell'interesse degli studiosi nei riguardi dell'ulcera gastrica e duodenale: « alcuni metodi di cura medica non nuovi nè nella maniera nè nella specie hanno ricevuti nuovi impulsi assumendo nuovi nomi » (1).

A distanza di altri 6 anni noi possiamo dire che siffatto interessamento non è punto scemato, e che, come è facile constatare dalla imponente letteratura comparsa, si è ancora intensificata la pubblicazione di sempre nuovi metodi di cura medica dell'ulcera gastrica e duodenale.

Non mi intratterrò su queste cure mediche moderne di cui talune recentissime, nè sui loro risultati: rimando ad ottime pubblicazioni di insieme sull'argomento, come quelle di A. Plichet, I. Boas, Bolton, F. Micheli, L. Mancinelli, L. Devoto (v. bibliografia).

Il numero stesso dei metodi di cura proposti ed ancor più il continuo apparirne di nuovi non possono però non dimostrare come l'obbiettivo di curare l'ulcera duodenale e gastrica con terapia medica (tralascio di occuparmi della cura chirurgica), pur avendo fatti riconoscibili progressi, non sia stato peranco raggiunto: e alle statistiche degli autori o sostenitori di un metodo, che nelle loro mani ha dato talora percentuali di « guarigioni » finanche nell'80 90 %, si contrappongono pari statistiche di al tri autori con risultati opposti o molto meno decisi a proposito dello stesso metodo.

Benchè, dunque, vi sarebbe per esso ancora posto, non è affatto un nuovo metodo di cura medica dell'ulcera duodenale, che io intend presentare: desidero solo esporre i risultati d una pratica terapeutica, che, vagliata da un decennale esperienza, mi ha dato positività costanza di risultati, diretti e immediati, tali poter trovare larga opportunità di utili rico ed applicazioni, in attesa della auspicata so zione integrale e definitiva del problema da cura medica dell'ulcera duodenale.

La *tecnica terapeutica*, che io adotto, è str-dinariamente semplice.

Diagnosticata la presenza dell'ulcera d-e-nale — mi occuperò più sotto di quest'ap-ez-zamento diagnostico, come pure della -ssi-bile estensione della cura ad altre affezion uo-denali, oltre l'ulcera — l'infermo viene es-so, per un periodo di 3 a 5 giorni, a *die lat-tea assoluta*, prescrivendogli, come me, 2 litri di latte nelle 24 ore, ripartiti in *tazze*, presso a poco eguali, da assumere ad in valli di circa 3 ore (ad es.: alle ore 8, 11, 14 7, 20

(1) « Methods of medical treatement either news in manner nor new in kind have ceived a new impulse under new names from the who
... labouring for invention bear an
The second burthen of a former ch ».

e 23). Al latte della 1ª, 3ª e 5ª tazza viene aggiunto direttamente un cucchiaino raso da caffè di solfato di bario purissimo; se quest'aggiunta rende nauseante od anche soltanto meno accetta la tazza di latte corrispondente, il solfato di bario non si aggiunge all'intera tazza di latte, ma si stempera a parte, in una piccola porzione di liquido che è più facile trangugiare, mentre il restante latte della tazza si fa bere puro.

La 2ª, 4ª e 6ª tazza di latte vengono bevute senza l'aggiunta di alcun medicamento.

Il latte, quando dia garanzia di sicurezza igienica e sia tollerato, può somministrarsi crudo e freddo (non ghiacciato, ma a temperatura dell'ambiente): altrimenti si darà bollito e tiepido (non mai però molto caldo).

Avvertenze importanti sono ancora le seguenti:

a) durante tutto il periodo di questa cura il paziente non deve prendere assolutamente altro cibo, liquido o solido, ad eccezione dell'acqua (e quindi *nemmeno* caffè, brodi, liquori, dolci, cioccolato, biscotti, minestrine, ecc.);

b) non si devono somministrare altri medicamenti: se esistono dolori molto violenti (che sono per lo più legati a spasmi piloroduodenali, come accerta l'esame radiologico) si potranno dare, ripetute per due o tre volte nelle 24 ore, 10 gocce di tintura di belladonna o di bellafolina o ricorrere alle abituali iniezioni calmanti; se si manifesta, come avviene assai spesso, la stipsi, bisogna vuotare l'intestino unicamente per mezzo di clisteri;

c) la durata della cura, che va fatta per un minimo di 3 giorni, si può prolungare fino a 5 o 6 giorni, a seconda della resistenza organica del paziente, della sua tollerabilità verso il digiuno ed il latte, della tenacia dei disturbi duodenali: se questi resistono si può, dopo una settimana di dieta leggera ed opportuna (veggasi appresso), fare un secondo periodo di cura;

d) non è necessario che durante la cura il paziente stia a letto: se si sente bene ed è forte, può anche attendere alle sue normali occupazioni, purchè non comportino eccessivo moto nè siano troppo gravose;

e) trascorso il periodo di cura con latte baritato, la ripresa alimentare dev'essere attentamente sorvegliata ed avvenire molto gradualmente: lasciando del tutto il latte, del quale gli infermi sono per lo più già stufi, si passa, nei primi giorni, a qualche minestrina, poca carne o poco pesce lessi, un tuorlo d'uovo crudo non sbattuto ecc.: poi la dieta diventerà ogni giorno più ricca e sostanziosa, ma sempre leggera e secondo le norme classiche.

Per un mese conviene tralasciare quasi del tutti i vegetali (verdure, frutta).

Durante tutto questo periodo di ripresa alimentare io soglio prescrivere, dopo i pasti, principali, un cachet alcalino (la formula che preferisco è: Carbonato di bismuto 1,0; carbonato di magnesia 0,30; Pepsina cloridrica 0,30; estratto secco di belladonna 0,01).

Esaminiamo ora la fisionamia di questo sistema di cura.

La dieta lattea non si può davvero definire come una novità nella cura dell'ulcera duodenale: è la più comune e fondamentale delle pratiche terapeutiche in materia.

Nemmeno il solfato di bario arriva nuovo nella terapia dell'ulcera duodenale (e gastrica); ne avevano fatto esperienza molti clinici (mi sembra che il primo ad usarlo sia stato Leube) e ne conoscono ed apprezzano gli effetti benefici sopratutto i radiologi.

Ma oggi di esso o non si parla affatto dagli autori o vi si accenna di sfuggita, di solito solo dopo aver lungamente trattata la cura con il bismuto (magistero o carbonato), nominandolo allorchè si elencano i medicinali da poter usare invece del bismuto. Ciò che del resto non è nemmeno esatto, poichè, per quanto ho potuto constatare il solfato di bario ha un comportamento terapeutico diverso da quello dei composti di bismuto, come pure degli altri succedanei di questo, quali il coalino, i composti di alluminio ecc., coi quali non dev'essere quindi confuso. Nè può essere con essi sostituito, in quanto l'effetto che si ottiene col latte baritato non si ha sostituendo al bario qualcuno degli altri farmaci or ora citati. La sopportabilità degli infermi verso il solfato di bario è indubbiamente maggiore che non verso gli altri suddetti prodotti, specie poi i bismutici.

Quale sia il *meccanismo di azione* del solfato di bario, o meglio ancora della dieta lattea con bario, riesce difficile precisare; nè saprei far valere per ora altre ipotesi interpretative oltre quelle già note sul meccanismo d'azione delle diverse polveri usate nella cura orale delle ulceri del tratto digerente e largamente illustrate sopratutto per quanto riguarda il bismuto. Ma siccome queste ipotesi non riescono sempre chiare e convincenti, ed io dovrei addentrarmi in esami critici lunghi per giungere, coi dati che posseggo, a ipotesi interpretative forse neanch'esse conclusive, preferisco per ora rimanere sul solido terreno delle constatazioni

cliniche, rinunciando alla interpretazione dottrinale dei fatti.

Volendo invece precisare quale sia il *raggio di azione* da assegnare alla pratica terapeutica, che ho descritta, dirò che i risultati più netti e decisi si ottengono nelle forme recenti di ulcera duodenale, del resto tutti i metodi di cura medica dell'ulcera duodenale, anche quelli dichiarati *specifici*, riescono tanto più efficaci quanto più precocemente essi sono applicati e quanto meno cronica è la malattia.

Nelle forme inveterate, in quelle soprattutto con gravi alterazioni del duodeno, con ulceri callose e deformanti, con gravi ispessimenti parietali ecc., la cura baritica non può riuscire: questi casi d'altronde sono, per generale consenso, considerati quasi unicamente di dominio chirurgico.

Buon risultato ho ottenuto nelle cosidette « sindromi duodenali non ulcerose », costituite da disturbi subbiettivi e obbiettivi a tipo duodenale, senza ulcerazioni dimostrabili o per lo meno senza segni obbiettivi (e sopratutto radiologici) di ulceri: in quei casi, cioè, nei quali la sede e i caratteri del dolore nonchè taluni disturbi funzionali e particolari segni radiologici portano a ritenere il duodeno come sede della sofferenza.

Però nelle duodeniti e periduodeniti dei colelitiasici non ho ottenuto buoni effetti: sovente anzi questa negatività di risultati mi è servita come criterio differenziale delle suddette forme con l'ulcera vera del duodeno.

Di regola meno apprezzabili, e spesso incostanti od incompleti, sono stati i benefici ottenuti nell'ulcera gastrica tipica e sicuramente accertata: e questo è forse un altro argomento per separarla dall'ulcera duodenale vera e propria.

Volendo esaminare un poco più a fondo i *risultati ottenuti* nei casi di ulcera duodenale sottoponibile e sottoposti alla terapia medica ora descritta, dirò che essi devono essere valutati sotto due aspetti: *risultati anatomici* e *risultati clinici*.

I *risultati anatomici* non possono esser dedotti che da due ordini di esami: la ricerca del sangue occulto nelle feci e l'indagine radiologica.

La prima ricerca non mi ha fornito risultati particolarmente dimostrativi, sopratutto perchè il più delle volte gli infermi presi in cura non avevano emorragie latenti nemmeno prima della cura stessa.

In qualche caso però, beninteso, dopo il periodo necessario per evitare i possibili errori dovuti alla presenza del bario nelle feci, la ricerca del sangue fecale, che era stata positiva prima del trattamento è divenuta negativa insieme con la cessazione della sintomatalogia clinica.

L'indagine radiologica non è stata neanche essa sempre conclusiva: in taluni casi il quadro radiologico si è modificato, fino a far scomparire i reperti di ulcera (sempre con molta obbiettività considerati ed ammessi, cercando di evitare ogni possibile causa di errore): in altri non si è modificato affatto o soltanto pochissimo.

I *risultati clinici* sono stati costantemente positivi, soprattutto rispetto alla *cessazione del dolore* e, con esso, degli altri disturbi costituenti il quadro clinico ulceroso. Ma, ripeto, l'effetto che è risultato sempre di più è stata la scomparsa rapida del dolore — che talora durava da settimane, resistendo a tutte le comuni terapie orali, antidolorifiche —; questa scomparsa è stata talora così netta, che gli infermi si son creduti addirittura guariti.

Questo risultato suole mantenersi per molte settimane ed anzi, di regola, per vari mesi; in taluni casi per anni interi.

Per lo più si ha l'impressione che con la terapia si sia troncato nettamente un periodo di attività dell'ulcera duodenale, e fintanto non compare una riacutizzazione (o recidiva) del male, l'infermo sta bene. Come è noto i periodi acuti si presentano nell'ulcera duodenale con andamento prevalentemente stagionale, e cioè nella primavera e nell'autunno. Io ho da parecchi anni in osservazione degli infermi di ulcera duodenale che, due volte l'anno, al primo presentarsi stagionale del loro dolore, eseguono la dieta lattea baritica e troncano in pochissimi giorni l'accesso, stando poi bene fino al periodo successivo.

È certo importante fissare quale valore debba attribuirsi alla cessazione del dolore. (Questa cessazione costituisce il comune denominatore di quasi tutti i metodi attuali di cura medica dell'ulcera del duodeno; a proposito dei quali Bolton dice appunto che qualunque sia il metodo adoperato i risultati immediati di una terapia medica appropriata sono, nei casi di ulcera duodenale, di regola eccellenti: il dolore rapidamente scompare, il malato lascia il letto, e si dichiara convalescente e senza disturbi nel 90 % almeno dei casi: ed in questa constatazione, se anche con minore ottimismo, convengono del resto anche esperimentati chirurghi, quali il Moynihan).

Sarebbe indubbiamente eccessivo stabilire, come vorrebbe fare Gutmann, che le cessazioni del dolore dell'ulcera duodenale ottenute con

mezzi medici, siano sempre e senz'altro da considerare come altrettante remissioni spontanee: simili sparizioni del dolore si manifestano infatti con troppa regolarità, ed in numero così grande di casi, e per differenti metodi curativi per poterle ritenere senz'altro come dovuto a coicidenza coi noti periodi di remissione spontanea dell'ulcera duodenale.

Ed allora una terapia, la quale — non consistendo in medicamenti ad azione specificamente analgesica, quali gli oppiacei, i barbiturici, la belladonna ecc., — riesce a far cessare il dolore ed a mitigare e talora a fare scomparire i segni subbiettivi ed obbiettivi di una malattia bisogna serenamente riconoscerla avente valore di cura diretta dell'infermità in questione, in quanto è capace di modificare ed anche rimuovere — sia pure parzialmente — le condizioni, dirette o indirette, determinanti, mantenenti o aggravanti la lesione.

In questo senso (che, d'altronde è quello perseguito dai 3/4 della terapia in genere, la quale non fa che aiutare la natura medicatrice) devono essere considerati quasi tutti i metodi di cura medica dell'ulcera duodenale finora proposti: e se anche essi più o meno equivalgono in questo loro risultato, è sempre molto utile averli a disposizione, anche se poi tutti si dimostrano ancora inadeguati di fronte al fatto, finora inevitabile, della frequentissima recidivazione del male (riulcerazione delle cicatrici, formazione di nuove ulcere, riattivazione di lesioni entrate in latenze ecc.).

E qui non possiamo evitare la tanto dibattuta questione — che forma d'altronde l'arma abituale di attacco contro quasi tutte le conclusioni e le statistiche dei risultati delle cure dell'ulcera duodenale: *quali siano i criteri per giudicare l'avvenuta guarigione di un'ulcera duodenale.*

Il problema è stato bene impostato da Bolton, il quale — mentre sostiene che l'ulcera gastrica o duodenale sia da considerarsi una malattia primitivamente medica e curabile con successo mediante cure mediche — afferma che per poter avere reale valore le conclusioni le statistiche delle guarigioni devono sempre dimostrare: 1) che un'ulcera era effettivamente presente in primo tempo; 2) che essa è stata adeguatamente curata; 3) che nessuna prova è stata più capace, dopo la cura, di dimostrarne la presenza.

Purtroppo dei lavori pubblicati in materia, non molti rispondono in modo ineccepibile a queste tre giuste proposizioni e sopratutto alla 1ª e alla 3ª; e per quanto R. A. Gutmann abbia scritto recentemente che « un'ulcera non è una vaga impressione ma una lesione che ha una storia ben netta e degli aspetti molto tipici », bisogna riconoscere che non in tutti i casi pubblicati la diagnosi di ulcera era incontestabile, e ciò in dipendenza, come lo stesso Gutmann stesso ha largamente documentato, dal fatto che mal sicuri e non univoci sono i criteri clinici, radiologici e di laboratorio dovetti formulare la diagnosi di ulcera duodenale; e quando questa diagnosi non sia stata preliminarmente realizzata con sicurezza è evidente che « non abbiamo il diritto, scientificamente, di dire che vi era un'ulcera e che noi l'abbiamo guarita ».

Tenendo conto di queste considerazioni generiche, per limitare il nostro giudizio alle ulceri incontestabilmente diagnosticate, i criteri ai quali possiamo affidare il giudizio per dire che un'ulcera sia guarita sono costituiti *da argomenti clinici, da dati di laboratorio e da prove radiologiche.*

Degli *argomenti clinici*, quello più largamente adottato, si basa sulla scomparsa dei dolori: ma questo, come abbiamo accennato, non è prova della guarigione e nemmeno della temporanea cicatrizzazione dell'ulcera, soprattutto perchè questa se scomparsa dal dolore si raggiunge di regola in troppo breve tempo per poter pensare a simili risultati, anche se non si vuol esser d'accordo con Botton, il quale dichiara che per guarire un'ulcera di medie dimensioni bastino 2-3 settimane mentre per un'ulcera cronica occorrono parecchi mesi.

Gli altri criteri clinici, oltre il dolore e i dati di laboratorio, che possiamo raccogliere sono egualmente non valevoli per affermare la conseguita guarigione dell'ulcera.

Sui dati radiologici si erano fondate migliori speranze di giudizio: ma la crescente esperienza ha dimostrato che nemmeno essi ci dànno quella sicurezza e quell'obbiettività. che a prima vista sarebbe parso logico aspettarsi. Senza dilungarmi su questo argomento, rimando a lavori, tutti recentissimi, come quelli già citati di Gutmann e Bolton, a quelli di Ch. Jacquelin et P. Chêne e di J. Senéque et A. Sicard, dai quali risulta che la radiologia del duodeno, pur tanto progredita, non riesce a rivelare in ogni caso o in ogni momento le ulcerazioni esistenti, e nemmeno alla scomparsa di una nicchia, dapprima radiologicamente accertata, si può considerare come segno di avvenuta guarigione di un'ulcera. Gutmann ha riportato numerose storie cliniche chiaramente dimostrative di quest'ultimo asserto; altrettanto han fatto altri autori (Böhme, Boas, Emery e Monroe (1), D.

(1) *American Journ. of Roentgenology*, gennaio 1931.

Clark e M. Geyman (2), ecc.), ciò che porta a concludere che le deduzioni radiologiche in fatto di malattie del duodeno sono in molti casi ancora incerte, per « polimorfismo, variazione, intermittenza e assenza dei segni radiologici (Jacquelin e Chêne) ». E ciò pesa indubbiamente anche sull'apprezzamento dei risultati delle statistiche dei vari metodi proposti per la cura medica dell'ulcera duodenale, le quali appunto sulle modificazioni dei quadri radiologici, e sopratutto sulla scomparsa dei segni patologici e specie delle nicchie, si fondano per affermare il conseguimento di dette guarigioni.

Impreciso o indimostrabile rimane quindi a tutt'oggi il valore che, in materia di ulcera gastrica e duodenale, si deve attribuire alla parola *guarigione*: dall'entusiastico ottimismo di quelli, che ammettono la guarigione solo in base al subbiettivo benessere conseguito dal paziente, si passa ai fissatori di scadenze, che contano a settimane, a mesi o ad anni (fino a 5!) il periodo di assenza — o di carenza, come dice Devoto — dei sintomi ne cessano per parlare di guarigione, e si giunge a quelli, che dichiarano nettamente, come fa Boas, che la guarigione permanente dei processi ulcerativi non è stata fino ad oggi mai raggiunta e che è invece possibile e rappresenta un compito importante curare nelle loro prime fasi le ulceri primitive e le recidive.

È per ciò che nella presente comunicazione io non ho voluto parlare di guarigioni, in senso stretto, dell'ulcera e mi son limitato a parlare di conseguita attenuazione o scomparsa dei segni clinici, e sopratutto di rapida, costante cessazione del dolore; pur avendo frequentemente la contemporanea constatazione di quelle modificazioni dei segni obbiettivi e radiologici, che si sogliono considerare come prove di regressione o scomparsa dell'ulcera.

Fra le considerazioni che mi hanno indotto a pubblicare la tecnica curativa, che seguo da un decennio, decisiva forse è stata quella che il raggiungimento di non disprezzabili risultati clinici si viene ad ottenere con mezzi ridotti al massimo di semplicità, facilità e rapidità.

Ed ho intenzionalmente parlato di cura « diretta », nel senso di cura quasi locale, immediata, sintomatologica.

La vera cura medica dell'ulcera duodenale, per potere raggiungere in pieno i suoi scopi, e limitare ai soli specificamente necessari i casi da cedere alla chirurgia, la quale per necessità non può guarire se non mutilando o alterando strutture e funzioni, ha bisogno di possedere nuovi mezzi, che valgano a far cadere, come dice Devoto, la fortezza ora attaccata con metodi di cura favoriti di successo, ma inadeguati.

La terapia medica dell'ulcera duodenale non potrà essere che etiologica, patogenetica e profilattica; ma per farla occorre aver prima svelata e penetrata l'essenza delle « *malattie ulcerose* » del duodeno e dello stomaco; « malattie, come dice Gutmann, attualmente altrettanto misteriose quanto il cancro ».

(2) Questi ultimi due autori pubblicano (v. bibliografia) una loro interessante relazione, fatta nel giugno 1933 alla Sezione radiologica della Associazione medica americana, con la discussione che ne è seguìta, e nel loro sono importanti citazioni moderne, riguardanti questi problemi di radiologia dell'ulcera duodenale.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un suo modo di somministrazione di latte baritato, che apporta notevoli e costanti benefici nella cura dell'ulcera duodenale, provocando la cessazione rapida, persistente e talora definitiva della sintomatologia dolorosa e talvolta di tutta la sintomatologia clinica da *ulcus*. Illustra l'azione e la portata di questa pratica terapeutica.

Passa quindi ad esaminare il significato delle tregue dolorose nelle sindromi duodenali ulcerose.

Discute in ultimo, in base alle moderne acquisizioni, i criteri dai quali è possibile, o meno, riconoscere la conseguita guarigione delle ulceri duodenali.

BIBLIOGRAFIA.

B. MOYNIHAN. *Some problems in gastric surgery.* British Med. Journ., 8 dicembre 1928.

F. MICHELI. *Sulla terapia medica dell'ulcera gastrica e duodenale.* Le Forze Sanitarie, 30 settembre 1933.

L. MANCINELLI. *Il trattamento medico dell'ulcera gastrica e duodenale.* Rassegna Clinico-Scientifica, anno XI, 1933.

A. PLICHET. *Quelques nouveaux traitements des ulcères gastriques.* Presse Médicale, 17 giugno 1931.

CH. BOLTON. *Relations of medicine to surgery in the treatment of gastric and duodenal ulcers.* British Med. Journ., 19 aprile 1930.

R.-A. GUTMANN. *Les critères de guérison des ulcères gastriques et duodenaux.* Presse Médicale, 21 ottobre 1931.

A. RENDLE SHORT. *The treatment of gastric and duodenal ulcer.* British Med. Journ., 14 marzo 1931.

CH. JACQUELIN et P. CHÊNE. *Difficultés et incertitudes du diagnostic d'ulcère duodénale.* Presse Médicale, 15 marzo 1933.

J. SÉNÉQUE et A. SICART. *Sur le diagnostic radiographique des ulcères du duodenum.* Ibid., 20 gennaio 1934.

L. DEVOTO. *Sulla terapia parenterale dell'ulcera gastro-duodenale.* (Relaz. al 1° Congr. internaz. di terapia). Gazzetta Ospedali e Cliniche, 4 febbraio 1934.

I. BOAS. *Neue Richtlinien in der Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs.* Deutsche Med. Woch., 4 novembre 1932.

A. BÖHME. *Die Heilungsaussichten des Zwölffingerdarmsgeschwürs bei innerer Behandlung.* Ibid., 24 giugno 1932.

D. M. CLARK and M. J. GEYMAN. *Roentgen-evidence of healing in duodenal ulcer.* Journ. Am. Med. Assoc., 13 gennaio 1934.

NOTE E CONTRIBUTI

Dalla simpatectomia cervicale alla tiroidectomia totale nella cura dell'angina di petto.

ANGELO CHIASSERINI
chirurgo primario degli Ospedali di Roma.

È cosa da tempo nota che tutta una serie di operazioni, le quali modificano in un modo o nell'altro la innervazione cardio-aortica e quella delle arterie coronarie, ha di volta in volta permesso di troncare, anche definitivamente, gli attacchi di angina di petto: tali sono la sezione del nervo depressore, l'asportazione parziale del simpatico cervicale con ramicotomia bassa, la simpatectomia cervicotoracica, la asportazione del ganglio stellato, la alcoolizzazione di alcuni gangli del simpatico dorsale.

Un caso di angina di petto fu da me operato il 26 settembre 1931 nell'Ospedale di Venezia, dove allora io ero Primario.

Si trattava di un uomo di 63 anni da Malamocco, che da più di un anno soffriva di attacchi gravi di angina di petto, i quali negli ultimi tempi si erano fatti subentranti. Il paziente veniva trasferito nel mio Reparto da quello del prof. Jona.

Obiettivamente si riscontravano i segni di una insufficienza aortica.

L'intervento, eseguito in anestesia locale, procedette nella seguente maniera: Incisione ad L, di cui la branca lunga corrisponde al margine anteriore dello sterno-cleido di sinistra dal suo terzo superiore al giugulo; la branca orizzontale decorre parallellamente e un po' al di sopra del terzo interno della clavicola.

Formazione di un lembo cutaneo-pellicciaio, che viene ribattuto all'esterno.

Sezione del capo clavicolare dello sterno-cleido; scopertura del fascio nerveo-vascolare, che viene respinto all'interno. Scopertura del simpatico cervicale, che viene sezionato cranialmente alla 6ª vertebra.

Il tratto distale è mobilizzato previa sezione del muscolo omojoideo e dell'arteria tiroidea inferiore. Esiste il ganglio medio e quello cervicale inferiore, che vengono a loro volta mobilizzati, sezionando i rami comunicanti rispettivi. Si arriva così a scoprire il polo superiore del ganglio toracico primo, che è a sua volta mobilizzato ed in gran parte escisso.

In seguito a questo intervento fu osservata (oltre ad una netta sindrome di Bernard-Horner) la cessazione completa delle crisi anginose.

Tale stato è durato 3 anni. Circa 6 mesi fa il paziente è morto per scompenso cardiaco.

Non so a quanti ammontino oggi i casi di angina di petto per i quali è stato praticato un intervento chirurgico sul simpatico. Leriche nel 1932 ne aveva raccolti 93, dei quali 11 personali. In 34 casi era stato eseguito un intervento analogo a quello sopradescritto, e si erano avuti: 11 % di morti precoci; e sui rimanenti il 67 % di guarigioni e il 32 % di insuccessi. In 48 casi era stata fatta una simpatectomia con conservazione del ganglio stellato, con i seguenti risultati: 15 % di morti precoci; e sui rimanenti il 60 % di guarigioni e il 40 % di insuccessi.

Questi dati, pur non potendo essere presi in senso assoluto, mostrano tuttavia nel loro insieme che la simpatectomia cervicale con asportazione del ganglio stellato ha dato risultati migliori che non la simpatectomia, nella quale il ganglio stellato fu conservato. La qual cosa non è certo una conferma della teoria del « riflesso pressore » di Danielopulo. I pericoli della asportazione del ganglio stellato sembrano del resto essere piuttosto teorici. Io stesso ho avuto occasione di asportarlo, per indicazioni varie, una diecina di volte, senza mai osservare disturbi a carico del cuore.

Secondo le vedute più accettate sembra che la simpatectomia agisca in senso benefico nell'angina di petto, abolendo lo spasmo delle coronarie, che da solo, o insieme a fattori organici, pone il muscolo cardiaco in stato di meiopragia; analogamente a ciò che succede per la simpatectomia cervicotoracica o lombare negli stati di insufficienza vascolare degli arti, quando questa sia dovuta totalmente o parzialmente a vasospasmo.

Recentemente, e precisamente nella seconda metà del 1932, Blumgart, Levine e Berlin in America proposero la tiroidectomia totale nella cura di alcune affezioni cardiache, e precisamente in certe forme di scompenso cardiaco e di angina di petto.

Scopo di questi interventi è stato quello di diminuire il cosidetto « work phenomenon » cioè la richiesta di lavoro al cuore da parte dell'organismo, stabilendo un mixedema chirurgico, e con esso abbassando notevolmente il metabolismo basale e la velocità circolatoria.

L'argomento è stato ampiamente trattato anche nel Congresso del 1934 dell'American surgical Association in due Relazioni di cui una di Mixter, Blumgart e Berlin; l'altra di Cutler e Schnitker; e largamente discusso. (*Annals of Surgery*, ottobre 1934).

I primi riferiscono su 75 tiroidectomie totali, di cui 50 per scompenso cardiaco e 25 per angina di petto: i secondi su 29 interventi per angina di petto.

Nell'ottobre scorso ebbi occasione di parlare di questo interessante argomento col prof. Sebastiani, Medico Primario dell'Ospedale del Littorio; con lui stabilimmo che avremmo anche noi sperimentato il nuovo metodo. L'occasione propizia si è presentata verso i primi di Marzo, quando il prof. Sebastiani trasferì nel mio Padiglione un paziente affetto da angina di petto.

Si trattava di un uomo di 67 anni, nella cui anamnesi patologica si riscontrava: malaria contratta nel 1885; ittero catarrale nel 1889; ulcera luetica nel 1920.

Dal 1929 ha sofferto di attacchi dolorosi alla regione precordiale con irradiazione alla regione interna del braccio sinistro. I dolori, di grande intensità, insorgevano dapprima solo durante i periodi di attività; recentemente essi si manifestarono anche durante il riposo.

Obiettivamente si riscontravano condizioni generali discrete; segni di insufficienza aortica. Pressione 160/95. R. W. negativa.

Ricerche complete sulla colesterinemia, glicemia, calcemia, velocità circolatoria a riposo e dopo movimenti, azotemia erano state eseguite nel padiglione medico. Ricorderò solo che il metabolismo basale era 1 %.

Il 7 marzo, il paziente fu operato di tiroidectomia totale.

L'intervento fu eseguito in anestesia locale previa iniezione di una fiala di dilaudid-scopolamina Knoll. Esso non presentò difficoltà speciali. I lembi cutanei delimitati con una incisione trasversale estesa da uno sterno-cleido all'altro, furono dissecati in alto e in basso insieme col pelliciaio, e i loro margini temporaneamente fissati alla cute circostante con punti di seta. I muscoli sottoioidei vennero separati a mezzo di una lunga incisione sulla linea alba, e ampiamente divaricati.

La tiroide appariva piccola. Fu dapprima mobilizzato il lobo destro a cominciare dal polo superiore, mantenendosi aderenti alla capsula. In basso fu individuato e isolato il ricorrente fino al suo ingresso nel laringe.

Si procedette nello stesso modo per il lobo sinistro; e per ultimo furono distaccate le connessioni ancora esistenti fra istmo e trachea.

Si constatò che la tiroidectomia era riuscita totale; non si trovò traccia di paratiroidi. Sutura senza drenaggio.

Decorso post-operatorio regolare. Voce normale. Il paziente dopo l'operazione non ha avuto più alcun attacco doloroso. Viene trasferito in medicina il 21 marzo.

Dal punto di vista della completa assenza di complicazioni riferibili all'operazione il caso può essere considerato come la prima tiroidectomia eseguita in Italia per angina di petto, con pieno successo immediato.

Riveduto in seguito si constata che le condizioni generali del paziente sono assai migliorate; nessun attacco doloroso si è più verificato. Nessun segno di tetania. Metabolismo basale dopo tre settimane dall'intervento: —20.

Le osservazioni fatte in occasione, e dopo questo intervento concordano con quelle descritte da coloro, che più si sono occupati dell'argomento. Anzitutto, per ciò che concerne le difficoltà e i pericoli dell'atto operativo, possiamo affermare che l'anestesia locale non solo consente di condurre a termine l'operazione senza alcun dolore per il paziente, sopratutto se sono state fatte in precedenza una o più iniezioni di morfina o di altro analgesico, ma ha il grande vantaggio di permettere di interrogare il paziente, nei momenti in cui una lesione del ricorrente possa essere temuta. L'infiltrazione novocainica pericapsulare facilita anche la successiva mobilizzazione della tiroide: è bene tuttavia non farla nelle vicinanze del ricorrente, per evitare una paralisi, sia pure transitoria, di questo.

Si tratta del resto di cose ben note a chi si occupa di chirurgia della tiroide. Cutler e Schnitker dicono che « the only great difficulty in the operation is the preservation of the recurrent laryngeal nerve ».

Ciò è perfettamente vero: e, per non ledere il nervo, è necessario vederlo, la qual cosa richiede delle manovre delicate ed una perfetta emostasi. La tiroidectomia fatta procedendo da un solo lato, cioè mobilizzando prima un lobo, indi distaccando l'istmo, e continuando nel distacco del lobo opposto, sembra esporre maggiormente al pericolo di una lesione ricorrenziale.

Scolasticamente si prospetta un altro pericolo: quello di una possibile asportazione di tutte le paratiroidi con consecutiva tetania post-operatoria. In pratica questo pericolo, almeno nei casi fin qui operati, non si è dimostrato molto grave. « Parathyroid tetany has proven an unnecessary worry » dicono Cutler e Schnitker, poichè su 29 casi operati solo in tre si verificarono dei crampi e i sintomi di Chvostek e di Trousseau. Questi piccoli segni di tetania furono del resto facilmente controllati, somministrando ai pazienti qualche goccia di viosterol e del lattato di calcio.

Nel nostro caso, a distanza di un mese, non fu notato alcun sintoma di tetania. Questo vuol dire che la stessa tecnica della tiroidectomia totale, che impone una dissezione ad immediato contatto della capsula, permette di salvaguardare nel maggior numero di casi una o più paratiroidi, che del resto sfuggono assai spesso all'occhio anche più attento del chirurgo. Naturalmente, qualora si riscontrino delle paratiroidi durante l'intervento, è necessario rispettarle, possibilmente con il loro peduncolo vascolare; e se tale rinvenimento avvenga nella tiroide asportata, che deve essere attentamente esaminato con questo scopo, la paratiroide sarà di nuovo immessa nella sede operatoria.

Qualora tuttavia esistessero dei dubbi sulla vera natura tiroidea o paratiroidea di un nodulo ghiandolare, converrà senz'altro procedere ad un esame microscopico estemporaneo. Se poi ciò non fosse possibile, credo che, in vista della necessità che la tiroidectomia riesca totale, convenga asportare il nodulo sospetto.

Insisto su questo punto, perchè è cosa ben nota come sia difficile riconoscere con certezza una paratiroide, non aumentata di volume. E, a questo proposito, ricorderò che in un caso di spondilosi rizomelica, in cui avevo deciso di eseguire una paratiroidectomia, asportai una prima volta un nodulo di tessuto, che l'esame istologico dimostrò avere struttura tiroidea, e solo in un secondo intervento un altro nodulo asportato era veramente una paratiroide (*Policlinico*, Sez. Prat., 1933).

Se un ricorrente fosse stato leso sarebbe necessario non procedere alla asportazione dell'altro lobo; nel dubbio è opportuno procedere senz'altro ad un esame laringoscopico, prima di andare oltre. Anzi i sopraricordati chirurgi americani, vista la possibilità che una lesione unilaterale del ricorrente possa essere clinicamente compensata, consigliano di ricorrere sistematicamente a questo esame laringoscopico « intra operationem ».

Nel nostro caso il paziente, riveduto anche alla distanza di un mese, non ha presentato alcun disturbo riferibile a lesioni ricorrenziali. Ci si domanda, ed alcuni ebbero a chiederlo durante la discussione di questo argomento in seno all'American surgical association, se convenga sacrificare in toto un organo, la cui importanza nella economia dell'organismo è ben nota, per curare uno scompenso cardiaco o un'angina di petto.

A vero dire queste affezioni pongono dei problemi terapeutici così importanti, e talora vitali, che la gravità del sacrificio può essere giustificata.

Per l'angina di petto tuttavia altri interventi capaci di portare la guarigione clinica o un notevole miglioramento sono da tempo conosciuti. Essi, almeno apparentemente, importerebbero un sacrificio minore della tiroidectomia totale. Noi li abbiamo ricordati. E ricorderemo anche che un intervento che dovrebbe essere assai semplice, quando si fosse acquistato la necessaria esperienza — la iniezione di alcool nei gangli simpatici dorsali — ha dato a White, Smithwick e W. J. Mixter del Massachusetts General Hospital dei notevoli risultati: 26 guarigioni cliniche su 46 pazienti sofferenti di forme gravi di angina. La tiroidectomia totale ha dato a Ch. G. Mixter, Blumgart e Berlin su 25 casi di angina i seguenti risultati: 2 morti precoci; 85 % di guarigioni o notevoli miglioramenti; a Cutler e Schnitker su 29 casi 2 morti operatorie e 4 morti precoci; 47,5 % di miglioramenti calcolati dal 90 al 100 % (cioè la completa scomparsa dei sintomi morbosi con la ripresa di una attività normale o quasi); il 90 % di miglioramenti calcolati al 50 %.

In 4 casi di questa ultima serie fu leso un ricorrente; ma gli AA. fanno notare che si trattava delle prime operazioni, quando la loro esperienza non era ancora grande.

Questi risultati sono forse migliori di quelli ottenuti con le varie forme di simpatectomia: ad essi manca tuttavia il lungo controllo di tempo, che invece abbiamo per molti interventi eseguiti sul simpatico.

Il paragone fra questi differenti metodi terapeutici non può quindi essere fatto se non entro certi limiti. D'altra parte il meccanismo di azione è probabilmente anche diverso, se si pensa che la simpatectomia sembra agire favorendo la circolazione stessa del miocardio; mentre scopo della tiroidectomia sarebbe quello di diminuire le richieste al cuore da parte dell'organismo.

Non pochi si sono domandati, se una resezione subtotale, che lasci un minimo di sostanza tiroidea, non possa portare effetti analoghi a quelli della tiroidectomia totale.

Una tale domanda appare più che naturale, e gli stessi chirurgi, che hanno eseguito tiroidectomie totali ricordano che già da tempo Crile, Riesman, Boas, e Shapiro, Rose, Dautrebande ed altri avevano eseguito tiroidectomie subtotali per malattie cardiache di origine non tiroidea. I risultati non furono buoni, Mixter, Rose, Cutler (vedi discussione alle Relazioni in *Annals of Surgery*, ott. 1934),

hanno anche essi eseguito tiroidectomie subtotali, ottenendo dei miglioramenti, che però furono solo temporanei. Sembra che residui, anche piccoli, di tiroide siano capaci di iperplasie ed ipertrofie notevoli, ciò che in breve tempo porta all'annullamento dei benefici effetti ottenuti in un primo tempo.

La necessità che la tiroidectomia sia totale impone la considerazione del mixedema postoperatorio, che è certamente la partita in passivo più grave in questo argomento. In quanto si verrebbero a ripristinare i nefasti delle tiroidectomie totali, tramandatici nelle opere di fisiologia e di patologia generale.

Ma, come per la tetania paratiroidopriva, anche per il mixedema tiroidoprivo i timori sembrano essere stati peggiori della realtà.

Con una adatta cura di estratti tiroidei il mixedema può essere mantenuto in limiti assai modesti, e tali da non compromettere lo svolgimento di una vita normalmente attiva.

I primi sintomi del mixedema si manifestano verso la quinta settimana dopo l'operazione, quando il metabolismo è disceso a circa 30 %.

La mancata comparsa di mixedema significa, o che la tiroidectomia è stata incompleta, o che esistevano tiroidi accessorie.

La discesa del metabolismo basale (nel nostro caso dopo tre settimane dall'operazione esso era disceso a —20) il rallentamento della velocità circolatoria; e finalmente la comparsa dei sintomi di mixedema rappresentano le principali manifestazioni di una diminuità attività organica, che permette al cuore di lavorare « au ralenti ». È questo il presupposto fondamentale della tiroidectomia totale, e negli scompensi cardiaci, e nell'angina di petto.

In questa ultima sindrome tuttavia la scomparsa degli attacchi dolorosi, che si avvera subito dopo l'operazione non può essere spiegata con l'abbassamento del metabolismo basale, che, si verifica solo lentamente. Blumgart suppone che la improvvisa cessazione della sindrome anginosa sia in rapporto con la interruzione di fibre nervose sensitive cardiache; mentre Cutler è d'avviso che, in seguito alla scomparsa del secreto tiroideo, la sensibilità del cuore all'azione dell'adrenalina (una iniezione della quale può essere capace di scatenare un attacco di angina) sia diminuita.

Qualunque sia la vera spiegazione, dobbiamo riconoscere che noi abbiamo nella tiroidectomia totale un nuovo mezzo di cura di malattie e sindromi cardiache gravi; che esso, come la maggior parte delle terapie chirurgiche, offre una partita attiva ed una passiva; che infine esso ha bisogno di essere sperimentato più largamente in stretta collaborazione fra medici e chirurgi.

RIASSUNTO.

L'A. ricorda che, mentre la cura chirurgica dell'angina di petto consisteva sino a qualche tempo fa in interventi sul simpatico, recentemente. e cioè dal 1932, è stata sperimentata la tiroidectomia totale, non solo in questa sindrome morbosa, ma anche in alcune forme di scompenso cardiaco. Riferisce su di un caso di simpatectomia cervicale con asportazione del ganglio stellato per angina di petto, che egli ha potuto seguire per 3 anni; e su di un caso di tiroidectomia totale recentemente eseguita per angina di petto.

Quest'ultimo, osservato per circa un mese, ha dimostrato la completa scomparsa della sindrome anginosa, e l'assenza di qualsiasi complicazione operatoria. Sotto questo punto di vista esso rappresenta il primo caso del genere operato in Italia.

Roma, aprile 1935.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE DEL POLICLINICO - ROMA
VIII PADIGLIONE
Primario: Prof. AGOSTINO CARDUCCI

Un caso raro di ascesso mediastinico

per il dott. GAETANO FONTANA, assistente.

Il caso che espongo in questa nota illustrativa reca un contributo alla casistica delle raccolte mediastiniche e la dimostrazione ancora una volta delle notevoli difficoltà diagnostiche che si possono incontrare anche nei quadri patologici che sembrano comuni.

G. A., di anni 43, impiegato, da Stroncone (Terni), entra in padiglione il 16-XI-1932. Genitori viventi e sani, due fratelli in buona salute. Nulla nell'anamnesi remota sino al 1921. Modico fumatore e bevitore attualmente, ha fatto però abuso di alcool e tabacco sino ai 30 anni. Sposato a 29 anni con donna sana da cui ha avuto tre figli, che sono viventi e sani. Non aborti. Nell'agosto del 1921, per un incidente automobilistico il p. riportò frattura, pare sottoperiostea, di due costole — terza e quarta sull'ascellare ant. dell'emitorace sinistro — e contusioni ed escoriazioni multiple in varie parti del corpo. Guarì rapidamente delle lesioni riportate e non si ebbe a lamentare d'immediati disturbi. Circa 4 anni fa (1928) in apparente pieno benessere il p. venne colpito da un violento dolore costrittivo che dalla parte alta e ant. dell'emitorace sinistro si irradiava verso la base dello stesso emitorace. Dolore intenso, violento, accompagnato a dispnea pure intensa, sudorazione fredda, palpitazione, senso di morte, e solo ebbe re

missione di tale sintomatologia dopo un abbondante salasso praticatogli dal Sanitario chiamato d'urgenza.

Dopo essere rimasto a letto vari giorni il p. si sentì guarito dei suoi disturbi e volle consultare uno dei più distinti clinici della Capitale per avere spiegazioni dell'attacco doloroso sofferto giorni prima. Dietro esame clinico e radiografico venne messa in evidenza una massa rotondeggiante nella reg. mediastinica ant. e interpretata come sacca aneurismatica. Praticato esame di sangue per una possibile lues ignorata, si ebbe un referto negativo. Non pertanto il p. si assoggettò a cure antiluetiche regolari, cure che non impedirono l'insorgenza, a varia distanza di tempo, di altri quattro attacchi dolorosi, simili ai precedenti per quanto di minore intensità e un notevole progressivo abbassamento della voce. Il p. conscio del suo male, per gli attacchi dolorosi successivi consultò solo il suo medico di famiglia che gli praticò le cure sintomatiche del caso con buoni risultati. L'ultima crisi dolorosa il p. ebbe a soffrirla cinque giorni prima della sua entrata in Ospedale. Il dolore si presentò con la stessa sintomatologia degli attacchi precedenti, solo che dopo un giorno dalla cessazione dell'attacco, trovandosi ancora il paziente a letto sopraggiunse modica febbre (38°) continua, modico affanno e tosse violenta, stizzosa, con scarso espettorato catarrale. Il medico curante, esaminato il torace, credette di diagnosticare una broncopolmonite, per cui, perdurando la febbre, ed essendo il p. sotto l'incubo di una precedente grave diagnosi, consigliò il ricovero in Ospedale.

E. O.: soggetto normotipo, di costituzione robusta, buona nutrizione e sanguinificazione. Scarse linfoghiandole nelle reg. latero cervicale, piccole, dure, spostabili. Temp. 37°, polso 104 ritmico, eguale a media ampiezza e pressione, respiro 28 a tipo misto. Pupille di media ampiezza, isocoriche, reagenti alla luce ed all'accomodazione, denti guasti e in parte mancanti, lingua impaniata, umida, tonsille ipertrofiche, un po' arrossate. Nulla al collo.

Torace: piuttosto ampio, leggermente asimmetrico con prevalenza dell'emitorace sinistro, che però si espande di meno. Fosse anatomiche bene evidenti, angolo epigastrico ottuso. Cucullari egualmente bene sviluppati, un po' dolenti alla pressione, specie il sinistro. La semicirconferenza sin. è di due cm. più ampia della destra, al livello della quarta costola. Non altri punti dolenti. F. V. T. a destra presente e ben trasmesso, a sinistra indebolito e poi abolito da un dito sotto l'angolo della scapola in basso. Apice sulla prominente ad uguale altezza. Base destra a cinque dita sotto l'angolo della scapola, scende di 4 cm. nelle profonde inspirazioni. A sinistra non si espande. Suono chiaro polmonare su tutta la metà destra e murmure vescicolare normale senza rumori accessori. A sinistra suono fortemente timpanico nella reg. interscapolo vertebrale, che si fa ottuso di coscia dall'angolo della scapola in basso. Il limite superiore dell'ottusità ha quasi un decorso orizzontale, non presenta ottusità vertebrale, nè ottusità nel triangolo paravertebrale di Grocco. All'ascoltazione nella reg. interscapolo vertebrale si ode un soffio bronchiale a timbro anforico che diminuisce d'intensità progredendo verso la base. Presente la succussione ippogratica.

Cuore: nulla all'ispezione dell'aia precordiale. Punta non visibile, nè palpabile, si percuote al V spazio, due cm. all'interno dell'emiclaveare. Non fremiti. Il limite destro deborda due cm. dalla marginale dello sterno, marg. sup. sin. al IV spazio. Azione ritmica, toni: sulla punta lontani, meglio udibili al centrum e nel focolaio aortico. Ottusità retrosternale all'altezza della 1ª, 2ª costola, con debordamento di un cm. dalla marginale destra. Non fenomeni laringotracheali, non disuguaglianza dei polsi radiali e femorali.

Addome: nulla.

Fegato: limite superiore al VI spazio sull'emiclaveare in basso a due dita sotto l'arcata, margine regolare, piuttosto tagliente, superficie liscia, consistenza aumentata. *Milza*: il limite superiore si confonde con l'ottusità del torace, in basso non oltrepassa l'arcata. *Sistema nervoso*: nulla a carico del capo e dei nervi cranici. Nulla a carico del trofismo, atteggiamento, motilità attiva e passiva degli arti e tronco. Riflessi cutanei osteoperiostei, mucosi presenti, riflessi tendinei presenti e vivaci. Non riflessi patologici. Sensibilità superficiale e profonda senza alterazioni grossolane. Nulla a carico degli sfinteri. Nulla a carico degli organi di senso. Linguaggio normale, tranne voce rauca. Nulla a carico della psiche. Deambulazione normale.

RICERCHE ESEGUITE.

Puntura esplorativa. Si pratica alla base dell'emitorace sin. sull'ascellare post. e dà esito a 10 cc. di liquido sieropurulento con Rivalta positiva, alb. 30 ‰, pes. spec. 1034. Reperto citologico: abbondanti leucociti in parte disfatti. Non germi. *Emocultura in brodo del liquido pleurico*: rimane sterile dopo otto giorni di termostato.

Reaz. Wassermann negativa. Esame urine: alb. assente pes. spec. 1030. Sedimento neg. *Pressione al Pachon* mx. 160, mn. 90. *Esame otorino-laringoscopico*: rinofaringite catarrale cronica. Spina doppia del setto a destra. Aditus laringis e laringe tutta ritorta verso sinistra. L'aritenoide e la corda vocale di destra sorpassano la linea mediana verso sinistra. Paralisi della corda vocale sin. *Esame oftalmoscopico* neg., *esame radiologico del torace* in data 27-XI-1932 mostra: idropneumotorace sin. al disopra del livello liquido si nota una grossa ombra quasi circolare a contorni abbastanza netti, di opacità uniformi, non pulsanti, che nelle proiezioni oblique non si riesce a dissociare dal fascio vascolare sopracardiaco. L'esofago e la trachea e la porzione ascendente e trasversa dell'arco aortico sono fortemente spostati verso destra e così pure il margine destro del cuore. I dati relativi fanno avanzare l'ipotesi o di una sacca aneurismatica dell'aorta o di una formazione tumorale intimamente aderente ad essa. L'indagine radiologica del tratto dorsolombare della colonna vertebrale in data 28-XI-1932 non mostra alterazioni ossee riferibili a compressioni, per cui il radiologo pensa che non si possa convalidare l'ipotesi di un aneurisma. *Decorso della malattia*: il 21-XI si pratica toracentesi di 900 cc. di liquido fortemente torbido e di colore giallo-brunastro. Si prescrivono cure ricostituenti di glicero fosfato e lecitina e calcio endovenoso. Durante la degenza il p. è in buone condizioni generali, presenta pochi decimi di temperatura (37^4-37^2) ha un buono appetito e non è affatto depresso.

II toracentesi il 12-XII-1932 che dà esito a liquido citrino limpido. Il 25 gennaio 1933 preceduta da stanchezza generale e dolenzie alle articolazioni si ha un nuovo rialzo di temperatura, con un massimo di 39^5 nei primi giorni. La febbre è progressivamente decrescente e cade il 2 febbraio.

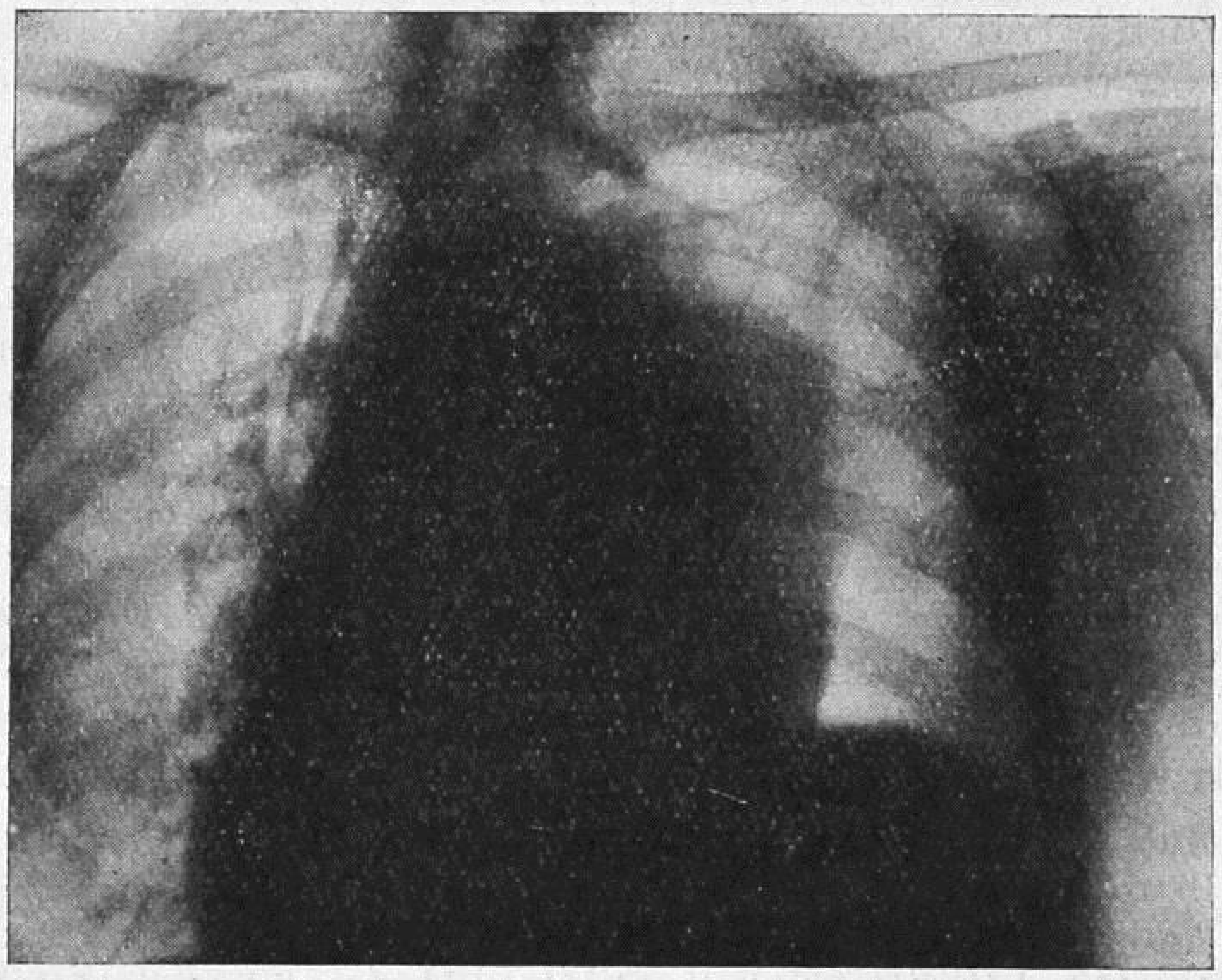


FIG. 1. — Proiezione ant. posteriore.

Radioscopicamente si ha sempre lo stesso reperto toracico. Il 15-III-1933 toracentesi di 150 cc. di liquido citrino abbastanza limpido. Persistono sino ad aprile le buone condizioni del paziente. Tanto che il 13-IV-1933 viene dimesso a sua richiesta. Il 23-VII-1933 il p. rientra in Ospedale. Riferisce



FIG. 2. — Proiezione laterale.

che a casa è stato discretamente bene per circa due mesi, solo che non poteva fare sforzi per l'insorgenza di affanno. Ha pure notato facilità alla formazione di edemi agli arti inferiori. Da 20 giorni accusa tosse stizzosa, specie dopo aver mangiato, con espettorazione siero-mucosa. Ieri improvvisamente febbre alta 39^4, preceduta da brivido e contemporaneamente oppressione toracica diffusa più intensa nella reg. retrosternale. Nella notte abbondante sudorazione e la temperatura è caduta a 38°. *E. O.*: nessun referto nuovo.

Praticata radioscopia si conferma la presenza di abbondante versamento all'emitorace sinistro. e spostamento del mediastino a destra. Toracentesi il 27-VII-1933 dà esito a 1700 cc. di liquido giallo verdastro, di aspetto torbido. Si ripete la cura calcica. La temperatura ritorna afebbrile e la malattia decorre favorevolmente sino al 1-XII-1933 quando, persistendo allo schermo radiografico un'ombra densa occupante tutta la metà sin. del

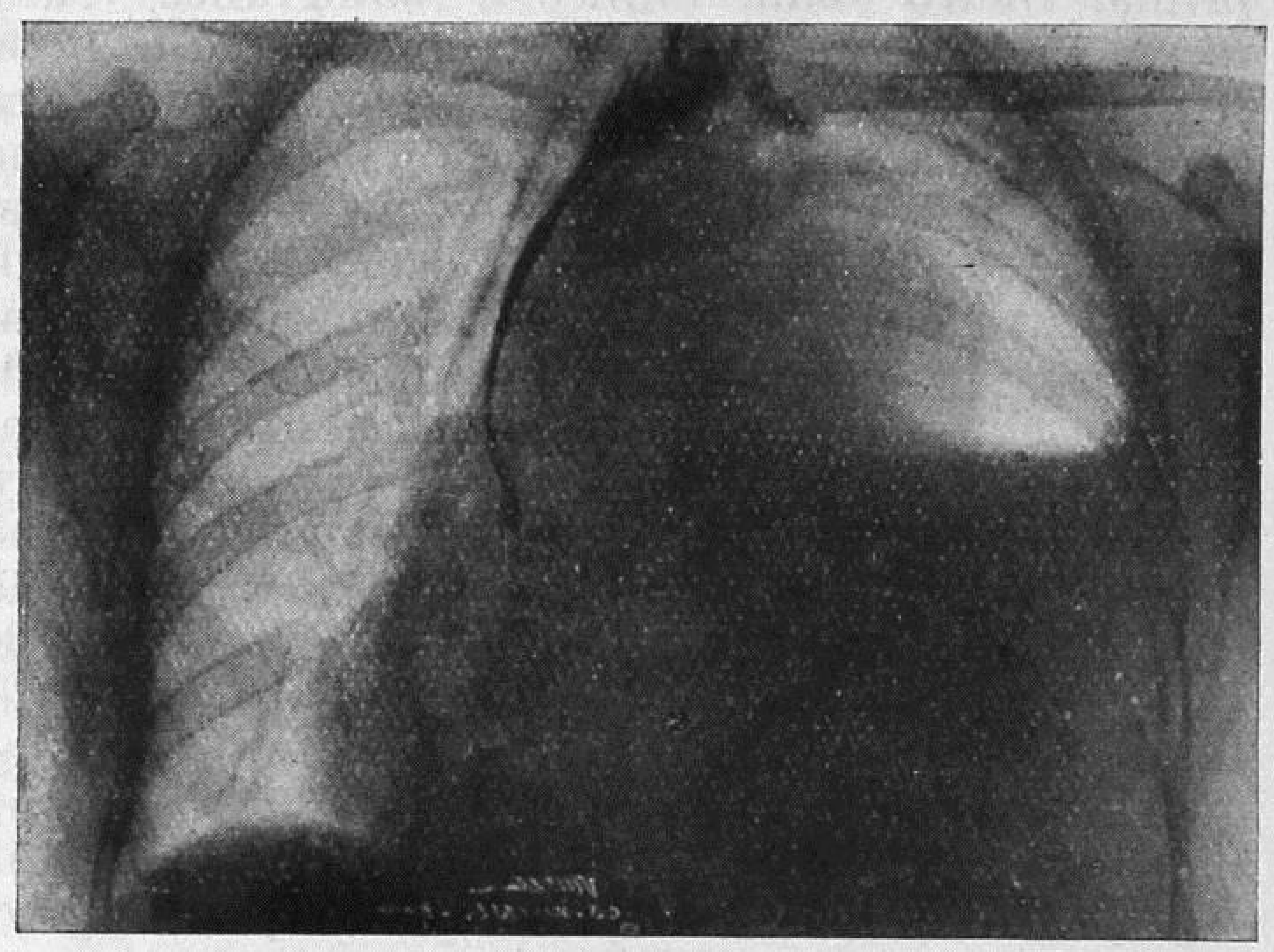


FIG. 3. — Esame dell'esofago previa somministrazione di pasto opaco. Proiezione ant. post.

torace si pratica una nuova toracentesi che dà esito a circa 2 litri di liquido purisimile. L'esame microscopico dimostra presenza di abbondante detrito — leucociti e linfociti in parte disfatti — assenza di germi. Ricerca del bacillo di Koch neg.

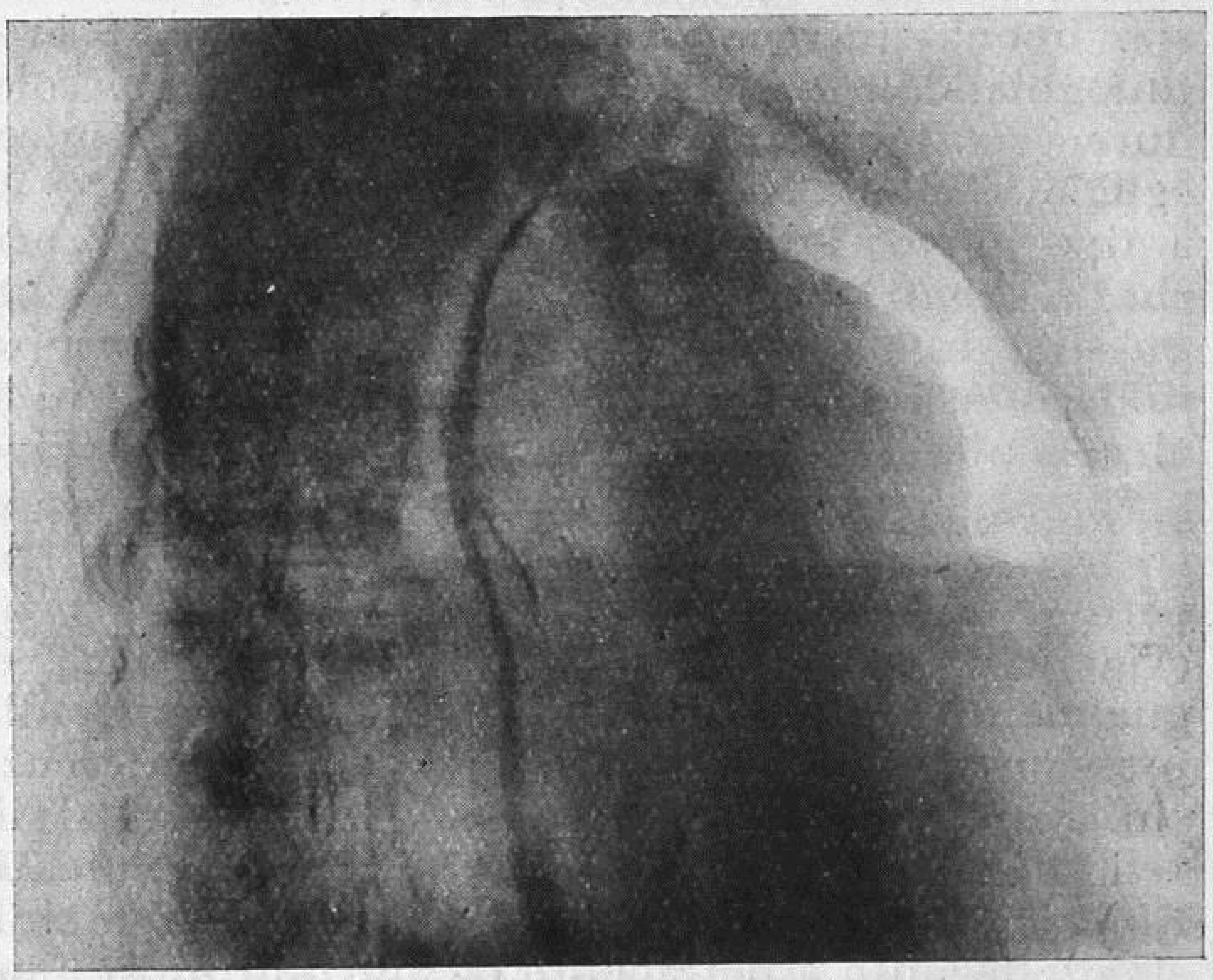


FIG. 4. — Proiezione laterale.

Cultura del liquido neg. Dopo 4 giorni dalla toracentesi, la temperatura si eleva e decorre a tipo continuo, leggermente remittente con un massimo di 39^5. L'emocultura è neg. Si praticano a vari intervalli altre tre toracentesi e si fà lavaggio della pleura con liquido di Dakin allungato. La febbre cade di qualche grado dopo lo svuotamento, per riprendere di nuovo gli altri fastigi. Si era un po' restii a provvedere subito con una toracotomia per il fatto che, data l'opacità della pleura, non si potevano più controllare le condizioni dell'aneurisma e si riteneva che l'evacuazione rapida e completa del liquido, potesse ripercuotersi sfa-

vorevolmente sulla resistenza della parete aneurismatica e provocarne la rottura. Ma il 30-XII, visti inutili i tentativi di cura medica e il p. perdendo le forze, si trasferisce al 1° Padiglione di chirurgia. Il chirurgo dubita del felice esito dell'intervento e pratica, in un primo tempo, una nuova toracentesi con lavaggio, aspettando una miglioria delle condizioni generali. Ma dopo una settimana di degenza, improvvisamente il p. con sforzi di vomito, emette abbondante quantità di sangue e si ha l'obitus. Si pone la diagnosi: lues-aneurisma dell'angolo post. e porzione iniziale dell'aorta discendente. Empiema sin. emottisi terminale.

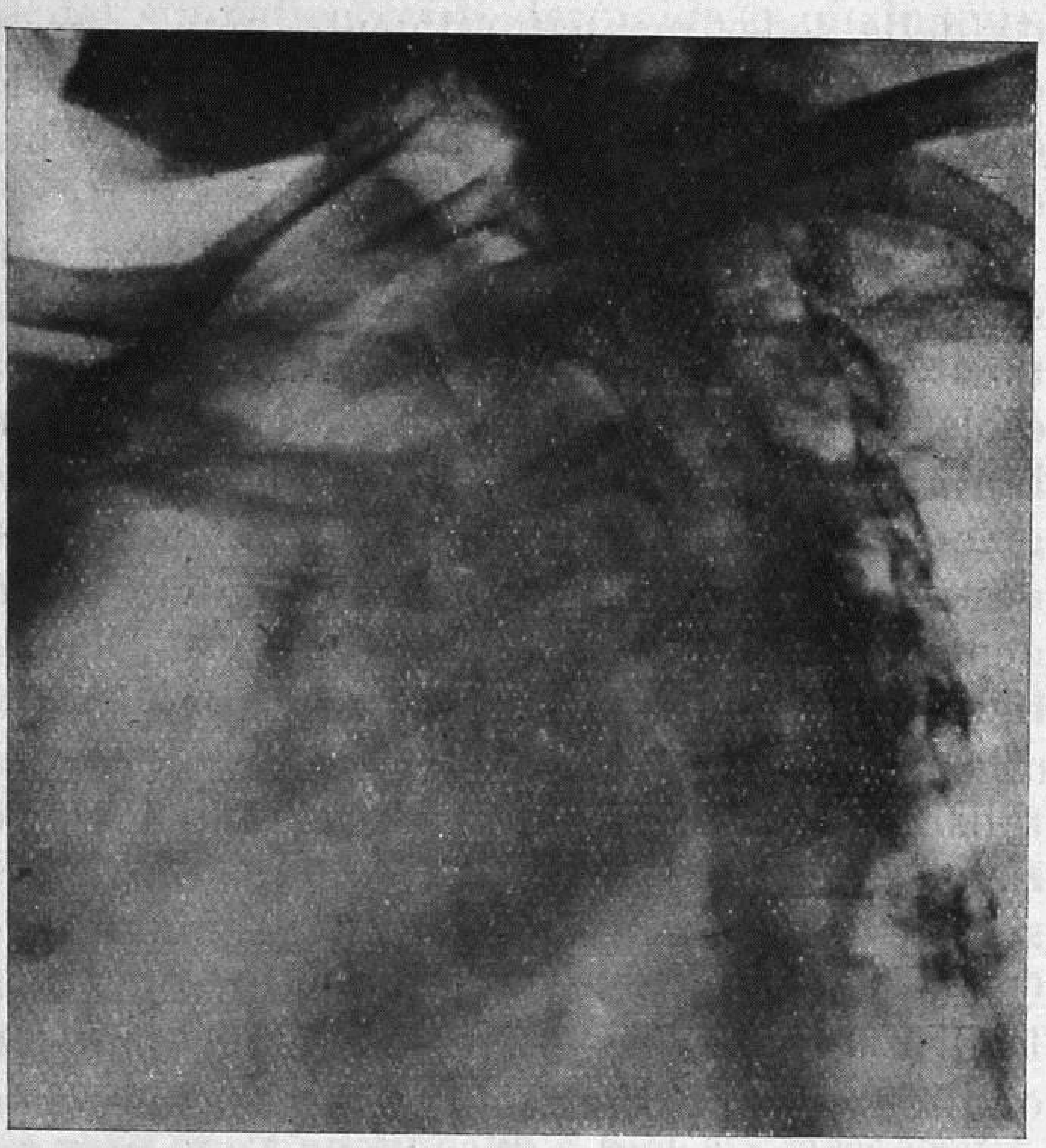


FIG. 5. — Radiografia della colonna vertebrale.

Il referto d'autopsia dà: empiema putrido a sinistra. Pleuro mediastinite saccata a contenuto putrido che si estrinseca in alto fino a raggiungere l'arco aortico con notevole ispessimento e aderenze con i tessuti circostanti. Il processo flogistico si era diffuso alla parete dell'esofago causando una larga perdita di sostanza dello stesso con emorragia mortale. Il polmone dello stesso lato è compresso ma non presenta alcuna lesione in atto. Sinechia parziale del pericardio a sin., emorragie delle parti circostanti. Nel cuore, nel fegato e nei reni anemia e lesioni degenerative dal tipo rigonfiamento torbido. L'esame più accurato dell'aorta, dei testicoli non mostra alcuna lesione luetica. Le stesse alterazioni arteriosclerotiche sono minime. Dal punto di vista macroscopico si esclude la lues.

La nostra ipotesi diagnostica non ha trovato conferma e ci ha messo davanti tutto un quadro eccezionale che anche a posteriori, ci è piuttosto difficile spiegare. Ci sfugge infatti il *primum movens* che ha determinato il formarsi della raccolta; ci sorprende la lunghezza del decorso dell'affezione con sintomi scarsi e ingannevoli, onde quasi affermiamo che anche dopo la precisa disamina dei fatti si può pensare ma non ammettere l'ascesso mediastinico al posto dell'aneurisma. È indubitato infatti che la raccolta mediastinica è stata presente sicuramente per quasi 4 anni e di tanto ci fa fede, sia l'esame radiografico praticato allora, sia le sindromi anginoidi accusate dal p., che non potrebbero trovare altra spiegazione nè dalla clinica nè dal reperto di autopsia. Non c'era infatti ipertensione, non c'erano alterazioni dell'aorta nè a tipo luetico nè a tipo arteriosclerotico, non c'erano alterazioni del cuore.

I disturbi dunque accusati dal p. si debbono riferire alla raccolta purulenta; ma come si era formata? Dall'anamnesi risulta bene 11 anni prima un rilevante trauma toracico con frattura di costole ed escoriazioni multiple; nessuna malattia infettiva, nessun fatto polmonare. E allora? Una delle ipotesi potrebbe essere che la probabile ecchimosi sottopleurica dovuta al trauma, o un piccolo ematoma abbiano avuto una trasformazione purulenta per germi passati dal polmone da piccole lesioni di contiguità o per via linfatica o per via sanguigna. Strano però che il p. non abbia avuto nessun disturbo, che non ci sia stata mai febbre e che i primi sintomi si siano avuti dopo sette anni e con un quadro anginoso. Ammettendo questa ipotesi dunque si deve ammettere una persistenza della raccolta di ben 11 anni, oppure si deve pensare che l'origine della raccolta sia stata data da un focolaio di broncopolmonite superficiale passato inosservato, o da perforazione di una raccolta ascessuale delle linfoghiandole bronchiali. Mi pare che nessun'altra ipotesi si possa avanzare, potendosi escludere processi flogistici a carico degli organi situati in vicinanza. Oscuro l'inizio, oscuro il decorso. Abbia avuto l'inizio la raccolta mediastinica 11 anni prima che il p. si presentasse alla nostra osservazione o da solo 4 anni, è certo che la prima manifestazione è stata quella di un attacco anginoide: dolore costrittivo nella parte alta dell'emitorace sin. con irradiazione verso il braccio sin., dispnea, sudore freddo, senso di morte. Nessun movimento febbrile. Per spiegarci il quadro è necessaria una breve premessa di anatomia topografica. Si sa che il mediastino situato nella parte media della cavità toracica, di cui occupa la quinta parte, contiene tra le sue pareti (formate da colonna vertebrale, sterno, e foglietti riflessi delle pleure ai lati), organi di vitale importanza, che per il poco spazio vengono quasi a diretto rapporto fra loro. Considerando la trachea e i grossi bronchi come gli organi centrali abbiamo:

Anteriormente:

In alto: timo; tronco venoso brachiocefalico sin.

In basso: arteria anonima che va verso destra; carotide primitiva sin. che va verso sin.; arco dell'aorta che si applica sulla faccia ant.; tronco art. polmonare lato sin; cuore.

Posteriormente: esofago; aorta discendente.

Lato sinistro: pleura mediastinica sinistra; ricorrente a vago sinistro; frenico sinistro; arco aorta; dotto linfatico S.; cordone gran simpatico S.; vena intercostale suprema S.; emiazigos S.

Lato destro: pleura mediastinica destra; cava superiore; grande azigos; vena intercostale suprema D.; cordone del simpatico D.; vago D.; ricorrente D.; frenico D.

Inoltre sono da aggiungere le linfoghiandole tracheobronchiali e le linfoghiandole situate in corrispondenza della biforcazione della trachea. Ora questi organi, racchiusi in uno spazio pochissimo estensibile corrono pericolo di essere respinti, compressi, alterati, qualunque sia il processo che si svolge nel mediastino stesso, onde si ha una sindrome clinica comune a lesioni anatomopatologiche le più svariate e diverse, che solo a volte si possono distinguere per piccoli segni differenziali.

Abbiamo enumerato gli organi che sono contenuti nel mediastino, ora diciamo che per necessità di esposizione dei sintomi clinici, il mediastino, per un piano frontale che passa per l'asse tracheobronchiale viene diviso in anteriore e posteriore da alcuni, mentre altri più praticamente distinguono un mediastino superiore che comprende i grossi condotti aerei, i gangli tracheobronchiali (la cui lesione dà principalmente una sindrome respiratoria) e un mediastino inferiore contenente il cuore e i grossi vasi (la cui lesione dà una sindrome circolatoria). In fondo però il processo mediastinico può essere diffuso o localizzato onde in realtà possiamo avere una sede destra o sinistra, a predominanza ant. o post., superiore o inferiore o anche forme miste. Fatta la conoscenza degli organi e della loro situazione, facile è dunque la sintomatologia mediastinica di sede. I segni di compressione venosa a carico della cava superiore, con cianosi, edema, circolazione collaterale nelle reg. sopradiaframmatiche, predominano nelle forme ant, alte; mentre se coesiste compressione delle vene polmonari c'è pure edema polmonare, congestione passiva del polmone ed anche idrotorace, emottisi. Nelle forme inferiori invece si presenta il quadro simulato di una pericardite semplice o accompagnantesi a fatti di stasi a carico della cava inferiore. Se la lesione è a carico del mediastino destro si hanno segni di compressione del polmone, stasi nella azigos e cava sup., segni di irritazione vagale — con tosse spasmodica a tipo pertussoide o dispnea a tipo asmatico, crisi di soffocazione laringea, accessi di angina pectoris, disturbi digestivi, nevralgia diaframmatica, singhiozzo, ineguaglianza pupillare, nevralgie intercostali. Una sintomatologia simile ma con localizzazione sinistra ed eventuali fatti ricorrenziali stanno al contrario per una lesione mediastinica sinistra. Per lesione mediastinica di qualunque sede, si possono avere segni a carico della trachea e bronchi onde stridore broncotracheale, spostamento e movimenti ritmici della trachea. Rari segni a carico dell'esofago anche per la facile spostabilità dell'organo. Questa è la sintomatologia della lesione mediastinica a seconda della sede, ma naturalmente non sempre detta sintomatologia è completa pure essendoci sicuramente una lesione localizzata in uno dei lati del mediastino.

Nel caso nostro clinicamente si doveva pensare ad un processo localizzato quasi esclusivamente nel mediastino post. sinistro, perchè radiologicamente s'era messo in evidenza un'ombra grossolanamente circolare, aderente all'angolo post. dell'aorta, con spostamento verso destra dell'esofago, trachea e porzione ascendente e trasversa dell'arco aortico e del cuore. Inoltre s'era messo in evidenza l'*aditus laringis* e la laringe tutta ritorta verso sinistra con paralisi della corda vocale sinistra. Ancora il paziente aveva presentato una sintomatologia che si poteva inquadrare in un attacco anginoide. Quale poteva essere la diagnosi di natura, data la diagnosi di sede? Il p. è vero, al momento dell'ingresso in ospedale, presentava un versamento corpusculato nella pleura di sinistra, oltre a l'immagine di un'ombra a localizzazione mediastinica, ma è pur vero che la formazione di detto versamento sinistro doveva essere recentissima, se nessun sanitario l'aveva riscontrato, e se il medico chiamato giorni prima dell'ingresso in ospedale, aveva diagnosticato una broncopolmonite. Dato questo svolgimento della sindrome presentata dall'ammalato, si è pensato alla diversa natura di due processi, nonostante che l'esperienza clinica insegni che bisogna essere unicisti più che si può: affezione pleurica consecutiva a probabile focolaio di broncopolmonite in soggetto affetto da lesione mediastinica.

Di che natura la lesione mediastinica? Numerose sono le affezioni del mediastino, sia primitive, sia secondarie ma, escluso un processo secondario nel caso nostro, — data la perfetta integrità degli altri organi, — quattro ipotesi si potevano ben discutere:

neoplasia;
affezione ghiandolare di qualunque natura;
pleurite mediastinica saccata;
aneurisma dell'aorta.

Clinicamente fatta eccezione dell'empiema evidente e della voce afona, altri segni non si

potevano ricavare. La radiologia, pur facendoci presente la lesione mediastinica, non poteva risolvere con sicurezza il problema della natura anche per l'altezza del versamento pleurico che nascondeva parzialmente il mediastino. Il laboratorio era pure muto; unico soccorso dunque poteva darci la logica e l'esperienza clinica. Ammettendo l'ipotesi della neoplasia si doveva ammettere una forma benigna dato il lungo decorso dell'affezione e le buone condizioni generali del soggetto. Si poteva pensare a un: condroma, fibroma, lipoma ganglioneuroma del simpatico, cisti dermoide o qualunque altro tumore cistico o solido. Radiologicamente infatti l'ombra mediastinica rotondeggiante, non aveva carattere di pulsatilità, non dava segni di usura della colonna vertebrale, aveva provocato una sindrome anginoide che si poteva spiegare o per lo spostamento del cuore a destra o per nevralgia del plesso cardiaco da compressione del vago. Contro detta ipotesi che poteva spiegare tutto il quadro stava la casistica; infatti sono rarissimi i casi di tumore benigno del mediastino e più rara assai una sintomatologia anginoide determinata dalla loro presenza. Per quel che si riferisce ad una affezione ghiandolare, esclusa, ripeto, le forme sistematiche: leucemia, linfogranulomatosi per il decorso e lo stato del p., escluso il linfosarcoma per le stesse ragioni; si poteva pensare ad una forma tubercolare.

L'ipotesi però era subito da scartarsi in quanto è raro che l'adenopatia t.b.c. sia circoscritta a pochi gangli, mentre è presa la catena dei gangli peritracheobronchiali mediastinici e anche polmonari. Poi è solo nella prima età, in genere, che il processo resta localizzato alle ghiandole essendo essa localizzazione quasi sempre la parte attiva del complesso primario, da cui origina la diffusione della tubercolosi. Ora innegabilmente nel caso nostro il processo era in evoluzione, dato lo svolgersi della sintomatologia anginoide ripetuta e il quadro laringeo, ma clinicamente i varî organi erano indenni della t.b.c., polmone compreso. Perciò era piuttosto assurdo volere attribuire alla t.b.c. un quadro mediastinico come il nostro che si presentava in un adulto in forma localizzata ma evolutiva, rispettando per tanti anni l'integrità di tutti gli altri apparati. Una probabile pleurite mediastinica saccata solo per potere di divinazione avremmo potuto diagnosticarla. Come pensare ed ammettere infatti una ipotesi simile per una affezione che durava da almeno 4 anni con decorso afebbrile, con una sintomatologia anginoide e senza una causa etiologica?

L'ipotesi più probatoria doveva sembrare l'aneurisma dell'aorta. Gli elementi che militavano a suo favore erano: l'ombra mediastinica grossolanamente rotondeggiante che faceva corpo con l'aorta anche nelle proiezioni laterali, la sindrome anginoide facile a spiegare con processo luetico, il decorso muto per tanti anni con stato generale buono, la paralisi del ricorrente sinistro, la grande frequenza di detta affezione, elemento che tanto peso deve avere nelle diagnosi di probabilità. Tre soli dati però, ci hanno sempre lasciato in dubbio: la negatività della reazione di Wassermann, la non pulsatilità della sacca, la mancanza d'erosione della colonna vertebrale. La negatività persistente della reazione di Wassermann in un paziente affetto da aneurisma e che non si era mai assoggettato a cure, pesava abbastanza contro una diagnosi di lue. In questi casi la Wassermann si ha nell'80 % dei casi positiva, ma è pur vero che nella lue viscerale la reazione di Wassermann è un indice assai incerto. E poi nel caso nostro anche a non volere invocare la lue, si poteva invocare il traumatismo, tanto violento da determinare frattura di costole. Meno importanza aveva la mancata pulsatilità della sacca. La pulsatilità è un dato che se presente ha un grande valore per la diagnosi d'aneurisma, ma la negatività non esclude perchè la parete ispessita da trombi o l'orificio di comunicazione troppo piccolo, può impedire alla parete della sacca di vibrare. Terzo elemento importantissimo era la mancanza d'erosione della colonna. In verità l'erosione della colonna vertebrale negli aneurismi che occupano la sede in questione, ossia la porzione dell'angolo di flessione post. dell'arco, specialmente quando hanno provocato lo spostamento post. dell'esofago o della trachea, è pressochè costante. Infatti è proprio in questo punto che l'aorta prende contatto con la colonna vertebrale. Ma anche questa mancanza d'erosione poteva spiegarsi con una aneurisma sacciforme, estrinsecantesi con una saccoccia laterale destra e, a giustificare tante eccezioni, ci sentivamo autorizzati dalla frequenza tanto più grande dell'aneurisma rispetto al tumore benigno che in fondo era per noi l'altra ipotesi più probabile.

Formulata la diagnosi d'aneurisma, logica ne scaturiva la nostra condotta terapeutica e per l'aneurisma e per la raccolta pleurica afebbrile: cura antiluetica, svuotamento della raccolta.

La benignità dell'affezione pleurica fu l'elemento fatale per il nostro p. perchè la benignità del suo decorso non ci autorizzava d'intervenire chirurgicamente in un soggetto affetto d'aneurisma. Aggravatosi il p. è venuto a morte per l'emottisi, veniva ancora ad essere convalidata la nostra ipotesi diagnostica che il tavolo anatomico doveva effettivamente chiarire. Facendo l'esame retrospettivo del caso cli-

nico, si deve pensare che la raccolta mediastinica purulenta, avuta origine in conseguenza del trauma o meno, abbia da prima dato manifestazioni di sè con attacchi anginoidi e si sia aperta nella pleura al momento del primo ingresso in ospedale; successivamente il decorso è stato subdolamente benigno con riacutizzazione finale e l'usura dell'esofago. Quali insegnamenti diagnostici possiamo ricavare dal caso esposto? Crediamo si possa rispondere che davanti ad un caso simile potremo fare qualche riserva di più; ma con una simile storia e con un simile decorso non potremmo non diagnosticare un aneurisma anche se la Wassermann è negativa, la sacca non pulsa e la colonna vertebrale non è erosa. Un ascesso mediastinico che si inizia senza una vera causa, decorre senza febbre e sta latente per 12 o 5 anni non può, credo, affacciarsi mai alla mente del clinico e appunto per l'originalità del caso, ne abbiamo voluto fare una dettagliata esposizione onde provare ancora una volta quanto misterioso e ingannevole possa essere il decorso dei morbi umani.

RIASSUNTO.

Caso di ascesso mediastinico, a dubbia etiologia, che presenta solo per molti anni come sintomatologia degli attacchi anginoidi, dà poi un empiema sinistro e conduce a morte il p. per emottisi da usura dell'esofago.

BIBLIOGRAFIA.

L. TESTUT. *Anat. Umana normale.*
ID. *Anat. Topografica.*
L. ASCHOFF. *Anat. Patol. Speciale.*
E. KAUFMANN. *Anat. Patol. Speciale.*
A. CECONI. *Trattato di Medicina Interna.*
BROUARDEL, GILBERT, ecc. *Nuovo Trattato di Medicina Interna.*
G. e F. KLEMPERER. *La Clinica Moderna.*
ROGER, WIDAL, ecc. *Nuovo Trattato di Medicina.*

TECNICA

Sui caratteri distintivi della vitamina C.

Dottori EMILIO e MARIO PITTARELLI.

Lo strepitoso successo conseguito da Szent-Györgyi, il quale riusciva a preparare la vitamina C (1) prima ancora di identificarla come tale, non ha avuto adeguata corrispondenza nel campo analitico. Manca tuttora, non diciamo una reazione specifica (fra le centinaia di migliaia di corpi organici conosciuti, chi può assicurare che una data reazione sia propria di uno di essi?), ma perfino una che sia abbastanza caratteristica ed abbastanza sensibile per farci riconoscere la vitamina con relativa certezza. La proprietà più profittevole resta tuttora il potere riducente, il quale nella vitamina C si distingue per la sua grande energia e per i mestrui che richiede. Esso non si estende in profondità: una molecola di vitamina, che ha quasi lo stesso peso molecolare del glucosio, riduce appena due molecole di solfato rameico, mentre il glucosio ne riduce cinque; ma la vitamina ha, su tutte le altre sostanze bio-organiche, la specialità di agire a freddo, quasi istantaneamente, e in soluzione fortemente acida anche per acidi minerali.

È accertato che una molecola di vitamina C riduce 2 atomi di jodio; su questa reazione si è costruito un processo titrimetrico il quale serve di controllo per gli altri. Disgraziatamente, esso non è applicabile agli umori organici bruti, perchè la reazione su cui si fonda è troppo generica. Basti ricordare che l'iodio viene ridotto pure dai corpi purinici, dalla cistina, dalla cisteina e dal glutatione, per vedere a quante fonti d'errore quella reazione è esposta, nei miscugli organici. Si aggiunga che la reazione finale del processo (*joduro d'amido*) è essa medesima fortemente influenzata dalle varie sostanze organiche, e più specialmente dall'acido citrico compagno inseparabile della vitamina C (2). Perciò di processi adatti alle ricerche biologiche non restano che quelli — abbastanza complicati — agl'indofenoli e uno molto più semplice al bleu di me-

(1) SZENT-GYÖRGYI le ha dato il nome di *acido ascorbico*.

(2) Su questa associazione si può vedere:

VIALE, « *L'acido ascorbico* (vitamina C) », in *Rassegna Medica*, 1934, fasc. II; « Acido citrico nelle surrenali », in *Bioch. e Terapia Sperim.*, 1934, fasc. III;

PITTARELLI, « Nuove reazioni dell'acido citrico », in *Bioch. e Terapia Sperim.*, 1934, fasc. IX.

tilene, elaborato da Martini e Bonsignore nell'Istituto del compianto prof. Viale. Ma tali processi, che si potrebbero moltiplicare enormemente utilizzando la congerie delle indamine, delle indaniline e degli ossazoni, hanno il grave difetto di essere reversibili, e perciò inadatti alle operazioni quantitative.

Ci è parso perciò opportuno cimentare altre reazioni, le quali, benchè fondate sul medesimo potere riduttore, non sieno però soggette a riversione (3).

Una di queste la troviamo indicata, senza nome di autore, dal Mathews nel suo classico libro (4), ed è il ferricianuro ferrico (ovvero, ch'è lo stesso, un miscuglio di ferricianuro potassico e cloruro ferrico): da tale preparato o miscuglio la vitamina C precipita bleu di Prussia. La reazione è straordinariamente sensibile, ma era già stata suggerita da Jendrassik per la vitamina B (5); sicchè le manca il requisito più essenziale per potere essere applicata alla vitamina C. Le reazioni con l'acido ferricianidrico potrebbe moltiplicarsi a piacere (6), alleando il reattivo ai sali di piombo, di rame, di uranio e di altri metalli con i quali sia possibile fare dei miscugli solubili, i quali, per la riduzione del ferricianuro, diano poi dei precipitati. Ma tutte le reazioni fondate su tale principio riescono positive anche nei liquidi privati di vitamine con l'ebollizione; e positive riescono, e costantemente, nell'orina normale, sia a freddo, sia a caldo. Per tal motivo l'acido ferricianidrico può servire solo a titolo di orientamento: una sostanza che non reagisca con esso, *non contiene vitamine.*

Questi inconvenienti non si verificano col solfocianato rameico e col cloruro mercurico, i quali, in contatto con la vitamina C, producono dei precipitati bianchi finissimi, rispettivamente solfocianato rameoso e cloruro mercurioso.

Siccome le soluzioni di solfocianato rameico, che si ottengono mescolando soluzioni molto diluite di solfocianato potassico e solfato rameico, si alterano rapidamente, noi abbiamo fermato la nostra attenzione principalmente sul cloruro mercurico, le cui soluzioni sono inalterabili (7).

Il cloruro mercurico sensibilizza perfino 1:50000 di vitamina C: in tale estrema diluizione si ha dopo 5'-6', un lieve inalbamento che dopo 10-12 ore dà luogo a un deposito polverulento. Con soluzioni all'1:25000 si ha, dopo alcuni secondi, un precipitato che si deposita in un quarto d'ora.

Se ci si serve di una soluzione mercurica titolata in rapporto a una egualmente titolata di vitamina, il processo può servire anche alle valutazioni quantitative: basta dosare il mercurio restato in soluzione, per dedurne quello precipitato, e quindi anche la vitamina precipitante. Le grandi diluizioni su cui qui si è costretti ad adoperare (8), richiedono speciali accorgimenti per la titolazione del mercurio. Il più semplice modo di eseguirla è di utilizzare il principio che l'acido prussico scaccia quantitativamente l'acido cloridrico dal cloruro mercurico; l'acido cloridrico liberato si titolerà alcalimetricamente, servendosi del rosso-metile come indicatore, il quale è neutro così verso il sublimato corrosivo, come verso l'acido prussico. La reazione (acido prussico + cloruro mercurio + rosso-metile) è estremamente sensibile: una soluzione di sale mercurio all'1:50mila dà ancora una reazione acida nettissima (9).

Tecnica. — Occorrono i seguenti reattivi: — Soluzione normale-ventesima di cloruro mercurico, ogni cc. corrisponde a gr. 0.0022 di vitamina C; — soluzione di soda caustica normale-ventesima (corrisponde a quella di mercurio); — soluzione di vitamina C all'1:2mila; — soluzione di acido prussico al 2 % (dev'essere neutro o neutralizzato verso il rosso-metile); — soluzione di rosso metile al 0,2 %. — acido cloridrico diluito 1:4.

Esecuzione. — 25 cc. di soluzione vitaminica si mescolano con 5 cc. di soluzione mercurica, e si aggiungono 2-3 gocce di acido cloridrico. Quando il precipitato comincia a depositarsi, si filtra con carta a pori fini; il filtrato si colora con rosso-metile, *si neutralizza esattamente*, e si aggiungono 1-2 cc. di acido prussico. Ricomparisce la reazione acida, che si titolerà con la soluzione di soda normale-ventesima. L'operazione è terminata.

Il calcolo e semplicissimo e facilissimo.

---

(3) Noi abbiamo lavorato con un prodotto di marca italiana.

(4) *Chimica Fisiologica*, ediz. ital., pag. 929.

(5) *Journ. biol. Chemistry*, 1924.

(6) Cf. PITTARELLI, « Ricerca e dosamento del potere riduttore mediante i ferricianuri metallici », in TOMMASI, 1913, n. 19.

(7) Tutti i sali di mercurio, eccetto l'ioduro, vengono ridotti dalla vitamina C: il cloruro è preferibile, perchè dà luogo immediatamente a un precipitato, mentre con gli altri sali (nitrato, solfato) occorrerebbero ulteriori operazioni per identificare il *mercurosum* formatosi.

(8) Il succo di limone, p. e., che è una delle derrate più ricche di vitamine C., ne contiene appena nelle proporzioni di 1:3500.

(9) Il rosso-metile è giallo con gli alcali, rosso-viola con gli acidi.

RIASSUNTO.

Gli AA. applicano il solfocianato rameico e il bicloruro di mercurio alla identificazione della vitamina C, ottenendone dei precipitati, rispettivamente di solfocianato rameoso e di cloruro mercurioso: descrivono pure un processo quantitativo col bicloruro di mercurio, titolando l'eccesso di questo non entrato in reazione con la vitamina.

Campochiaro (Campobasso).

SUNTI E RASSEGNE

INFEZIONI.

La brucellosi cronica.

(J. JULLIEN. *Presse Médicale*, 20 marzo 1935).

A parte la capricciosità delle manifestazioni cliniche e della lunga durata della brucellosi, questa infezione ha una spiccata tendenza alla cronicità che finora non è stata convenientemente apprezzata.

Su una statistica di parecchie centinaia di casi di brucellosi verificatisi nel Sud-Est della Francia e particolarmente nell'Ardèche, dove l'infezione è endemica, l'A. ha rilevato che il 15-20 % evolvono verso la cronicità.

L'infezione melitococcica acuta o cronica può colpire tutti gli organi e sistemi.

Le forme articolari e osteo-articolari sono le più frequenti. Sono colpite sopra tutto le vertebre lombari e sacrali con diffusione sino alle articolazioni coxo-femorali. Queste forme, alle quali si è dato anche il nome di pseudopottiche, sono di una frequenza tale che in ogni caso di spondilite, anche al di sopra della regione lombosacrale, bisogna sospettare l'origine melitococcica, specie nei paesi dove la brucellosi è endemica.

L'infezione melitense colpisce quasi esclusivamente le grandi articolazioni: solo eccezionalmente sono colpite le dita.

Per ordine di frequenza vengono immediatamente dopo le forme nervose.

Non sono rare le neuriti dello sciatico, del circonflesso e del mediano.

Roger ha descritto parecchi casi di localizzazioni midollari, i cui sintomi cardinali sono la paraplegia ed i disturbi degli sfinteri.

Le forme encefaliche della brucellosi cronica sono ancora poco note. Alcuni pazienti presentano particolari alterazioni del carattere con tendenza alla depressione ed al fatalismo.

Le lesioni valvolari di natura melitococcica sono rare, ma sono viceversa frequenti disturbi gravi del ritmo (tachicardia) e talvolta vere sindromi basedowiane.

È stata anche accertata l'influenza della melitococcia sul sistema venoso (flebite) ed ematopoietico (anemie globulari, modificazioni della formula leucocitaria, alterazioni dell'indice di sedimentazione ecc.).

La cachessia melitococcica, i disturbi sudorali rilevano alterazioni del sistema simpatico ed endocrino. Ma oltre qualche variazione del volume della tiroide, qualche disturbo testicolare (all'infuori dell'orchite), alcuni disturbi della mestruazione non si hanno dati positivi di alterazioni definite delle glandole endocrine.

Per quel che riguarda la patogenesi di queste forme croniche sembra che la *brucella melitensis* sia incapace da sola di provocare tante alterazioni organiche. Più verisimile è che essa prepari il terreno ad infezioni secondarie. Al riguardo va rilevato come la melitense costituisca un fattore debilitante che favorisce lo sviluppo di altre malattie: tubercolosi, malaria ecc.

Malgrado l'opinione corrente la melitense è un'affezione grave sia per la percentuale di mortalità (6-15 %), sia per la sua durata. Ma la tendenza alla cronicità ne fanno una malattia veramente pericolosa.

La malattia passa lentamente e quasi inavvertitamente dallo stato acuto a quello cronico. La diagnosi di melitococcia cronica si può fare quasi esclusivamente in base all'anamnesi, perchè nella grande maggioranza dei casi l'emocultura e la siero-reazione diventano negative.

Il trattamento della brucellosi cronica deve essere essenzialmente preventivo, ossia deve essere indirizzato alla cura dell'episodio acuto iniziale. Mal curata la febbre ondulante rischia di diventare persistente e di creare alterazioni anatomiche definitivamente incurabili. Di fronte alle forme croniche la terapia si trova molto spesso disarmata: una affezione vertebrale con grosse lesioni osteo-articolari non è suscettibile di miglioramento.

In casi del genere non è solo inutile, ma anche pericoloso ricorrere alla terapia vaccinica. Numerose esperienze hanno dimostrato che spesso l'iniezione di antigene specifico provoca, senza alcun beneficio per il paziente, violente reazioni focali e generali. Sembra che gli individui affetti da brucellosi reagiscono di fronte all'antigene nello stesso modo che i tubercolotici reagiscono di fronte ai prodotti a base di bacilli di Kock inconsideratamente impiegati. È questa un'altra analogia tra brucellosi e tubercolosi.

La cura sarà quindi sintomatica. DR.

Tubercolosi pulmonare e malaria.

(F. BENHAMOU e R. ABECASSIS. *Presse Médicale*, 22 dic. 1934).

Si riteneva una volta che tra tubercolosi e malaria vi fosse antagonismo. Ma l'esperienza clinica ha poi dimostrato: che i malarici possono contrarre la tubercolosi pulmonare ed i

tubercolotici possono contrarre la malaria; che i malarici possono presentare forme gravi di tubercolosi pulmonare ed i tubercolotici presentare forme gravi di malaria acuta e cronica.

Nei malarici la tubercolosi pulmonare può assumere tutti gli aspetti clinici, ma le forme che più frequentemente si osservano sono: le ulcero-caseose, le fibro-caseose torpide, e a tipo di lobite.

La forma ulcero-caseosa comune assume nei malarici un'evoluzione insidiosa, mascherata dai sintomi della malaria. L'espettorazione non è sempre abbondante, la tosse talvolta è poco frequente, e la percussione e l'ascoltazione non sempre mettono in rilievo l'importanza delle lesioni. La curva termica ricorda quella degli accessi malarici, e i malati sono perciò considerati chinino-resistenti fino a quando l'esame radiologico e quello batteriologico non svelano la lesione pulmonare.

La forma fibro-caseosa comune con lesioni torpide, sopra tutto fibrose, senza febbre, con decorso molto lento si riscontra molto spesso nei malarici cronici. È la forma sulla quale hanno particolarmente insistito Marchiafava e Bignami, Ascoli, Collari e Mutzner.

La forma a tipo di lobite superiore è ancora più caratteristica. Si verifica nei malarici cronici con *plasmodium vivax* o *malariae* nel sangue. Questi infermi in occasione di una recidiva rimangono astenici, anemici, deperiti. I malati non tossiscono quasi ed hanno raramente espettorazione. L'ascoltazione rileva qualche segno discreto all'apice destro, in corrispondenza del quale la percussione dà una leggera subottusità. Poichè si ritrova l'ematozoario nel sangue e l'esame dell'espettorato è negativo si parla di pneumo-paludismo, ma l'esame radiologico dà l'immagine tipica di una lobite destra.

Quel che dà interesse a questa forma di lobite tubercolare destra nei malarici è la comparsa d'immagini radiologiche analoghe a quelle che si determinano nella malaria provocata per la cura della sifilide nervosa.

Quando gli individui affetti da tubercolosi pulmonare contraggono la malaria, questa può modificare il corso dell'affezione preesistente. Al riguardo bisogna prendere in considerazione le forme acute a granulie o broncopneumoniche, le forme aggravate, le forme benigne.

Nel primo caso l'infezione malarica produce un rapido aggravamento della tubercolosi che assume un decorso acuto con aspetto broncopneumonico.

Ma a parte questa forma, che può riuscire rapidamente mortale, esistono numerose osservazioni nelle quali la tubercolosi pulmonare riceve come una staffilata quando i malati contraggono la malaria. Quest'aggravamento è netto sopra tutto con il *plasmodium praecox* ed anche con quello *vivax*.

Collari, quantunque sostenga la tesi della benignità della tubercolosi pulmonare nei malarici cronici, ha recentemente pubblicato parecchie osservazioni nelle quali appare l'influenza aggravante della malaria acuta sulla tubercolosi preesistente.

L'uso dell'inoculazione malarica nel trattamento della paralisi progressiva ha messo in evidenza il fatto che in seguito all'inoculazione stessa la tubercolosi fibrosa o anche latente è rapidamente aggravata. Tanto che l'esistenza della tubercolosi pulmonare costituisce, per alcuni AA., una controindicazione formale alla malarizzazione dei paralitici.

Tuttavia sono tutt'altro che rari i casi nei quali la tubercolosi pulmonare conserva il suo aspetto benigno o addirittura si avvantaggia della sopravvenuta infezione malarica. Queste osservazioni convaliderebbero l'antica tesi dell'antagonismo tra tubercolosi e malaria e hanno indotto varî AA. (Marcon Mutzner, Weselko, Garofali, Cammermeyer ecc.) a tentare la cura della tubercolosi con la malarizzazione. In genere questa cura si pratica facendo scoppiare solo tre o quattro accessi, e troncando poi l'infezione con il chinino. Il miglioramento constatato sarebbe stato molto sensibile.

Anche Wagner-Jauregg, contrariamente all'opinione prevalente dei neurologi, ha costatato che la malariaterapia non solo non aggrava la tubercolosi pulmonare, ma può in qualche caso migliorarla. Tutto sta a praticare la cura in due tempi, secondo le regole di Weselko, interrompendo la malaria dopo 2-4 accessi e reinoculandola dopo 4-6 settimane sempre che la prima inoculazione sia stata ben tollerata.

Adunque la malarizzazione naturale o artificiale può agire sfavorevolmente a favorevolmente sulla tubercolosi pulmonare preesistente. Allo stato dei fatti l'eventualità della influenza dannosa deve fare astenere da ogni tentativo di cura della tubercolosi con la inoculazione provocata della malaria. Questa può essere consentita per la cura della paralisi progressiva di individui affetti da tubercolosi quando sia praticata con le cautele sopra accennate, ed adoperando ceppi di *plasmodium vivax* o meglio di *plasmodium malariae*, i quali hanno un'influenza meno sfavorevole sulla tubercolosi.

Il trattamento della tubercolosi pulmonare dei malarici varia a seconda che si tratta di malarici cronici divenuti tubercolotici o di tubercolotici divenuti malarici.

Nel primo caso bisogna continuare la cura con il chinino a piccole dosi (½-1 gr. al giorno) per venti giorni o più. E contemporaneamente istituire il trattamento della tubercolosi, praticando innanzi tutto il pneumotorace ed eventualmente la frenicectomia. Nelle forme fibrose, e nella tubercolosi a lesioni discrete unilaterali o bilaterali, la cura sanatoriale e climatica è particolarmente indicata.

Nei casi di tubercolotici che diventano ma-

larici conviene sospendere il trattamento antitubercolare (ad eccezione dello pneumotorace se già iniziato) e praticare la cura chininica intensiva: due grammi al giorno fino a scomparsa degli accessi malarici. Si può anche adoperare l'atebrina o la quinacrina (30 cgr. al giorno per otto giorni) se si tratta di forma estivo-autunnale. Ma è soprattutto l'associazione adrenalina-chinina che dà i migliori risultati nella malaria acuta complicante la tubercolosi. Si pratica prima un'iniezione sottocutanea di un milligrammo di adrenalina e dopo una mezz'ora un'iniezione di ½-1 gr. di formiato di chinina. Si ripete questa doppia iniezione mattina e sera per 6-8 giorni, poi solo al mattino per otto giorni, e quindi si pratica solo l'iniezione di adrenalina per dieci giorni.

Si deve, insomma, fare tutto lo sforzo curativo non sulla tubercolosi pulmonare, ma sulla malaria d'invasione che si deve stroncare rapidamente. Lo stesso procedimento si deve usare per stroncare la febbre dopo il secondo accesso nei casi di malarizzazione curativa dei paralitici affetti da tubercolosi, per poi ripetere la inoculazione.

DR.

SANGUE.

Contributo allo studio dell'agranulocitosi.

(A. COLARIZI. *Haematologica.* Vol. XVI. Fascicolo II, 1935).

L'A. riporta due casi di «malattia di Schultz» osservati e studiati nella Clinica delle malattie infettive di Roma.

Il primo caso rappresenta una delle più tipiche e gravi forme di agranulocitosi, con scomparsa quasi totale delle cellule bianche dal sangue circolante, ridotte ad una piccola percentuale di linfociti (50 per mmc. prima della morte).

L'esame istologico del midollo costale e l'esame dei preparati per striscio confermavano pienamente il reperto del sangue periferico dimostrando la completa scomparsa degli elementi granulosi in qualsiasi stadio di maturazione.

Dal punto di vista etiologico c'era in campo una sifilide, verosimilmente contratta da qualche anno, non curata; una cura arsenobenzolica in atto; un'angina clinicamente e batteriologicamente imputabile al bacillo di Loeffler con associazioni microbiche banali; un'emocultura positiva per lo stafilococco aureo; nessuna alterazione costituzionale evidente; una sclerosi polmonare, quasi certamente di natura tubercolare. Si sa che il benzolo può determinare gravi forme di mielosi aplastiche e che è riuscito a Schilling di riprodurre sperimentalmente col benzolo quadri ematici simili all'agranulocitosi. D'altra parte la sifilide è stata riscontrata in un certo numero di casi di agranulocitosi. Ma non si può a questi fattori attribuire altra importanza che quella di momenti predisponenti od occasionali per la insorgenza della sindrome di Schultz.

Il 2° caso rappresentava anch'esso per il quadro ematico e per la sintomatologia clinica una forma classica di «malattia di Schultz». Il particolare interesse di questa caso è rappresentato dall'esito, quasi insperato, in guarigione, che si mantiene ad un anno di distanza. Nell'inferma la grave leucopenia, con un minimo di 1150 leucociti, e la mancanza di granulociti nel sangue periferico durò alcuni giorni, poi incominciò un lento, progressivo aumento dei leucociti, sempre con linfocitosi relativa o assoluta, e ad un certo punto riapparvero i polimorfonucleati, con una percentuale variabile dal 2 al 14 % di mielociti e metamielociti neutrofili, con qualche basofilo e molto più tardi qualche eosinofilo. Il caso non confermerebbe l'affermata gravità della prognosi data dalla mancanza di eosinofili. Degno di nota il fatto, non senza precedenti, che sotto lo stimolo di processi suppurativi si osservò nella malata una brusca risalita dei leucociti, fino a 13.000.

Il massimo interesse di questo caso è dato dalla guarigione, essendo assai esiguo nella letteratura il numero dei casi guariti, almeno di quelli riguardanti sindromi cliniche uguali a quella descritta da Schultz. I mezzi terapeutici messi in opera furono la trasfusione del sangue e la irradiazione a dosi stimolanti del midollo osseo. Naturalmente per giudicare del valore di questi mezzi terapeutici, anche se razionali, occorrerà una più lunga esperienza clinica, data la rarità della malattia, ma il risultato ottenuto nel caso dall'A. è incoraggiante ed invita a proseguire con lo stesso metodo.

Nei riguardi della patogenesi è noto che si dibattono per l'agranulocitosi le stesse quistioni inerenti ad altre malattie del sangue, specialmente alle mielosi aplastiche.

Limitandosi a fare delle considerazioni strettamente legate ai casi clinici descritti, l'A. mette in evidenza come l'esame del midollo del primo caso non dimostrava alcun elemento mieolide. Non si trattava pertanto di una mancata immissione in circolo dei granulociti e neppure di una rapida distruzione di essi in circolo, ma di mancata formazione di granulociti, cioè di un'aplasia parziale del midollo emopoietico. L'aver poi trovato *ante-finem* 50 leucociti per mmc. di sangue si doveva interpretare non solo come scomparsa delle cellule bianche granulose, ma anche come gravissima compromissione della serie linfatica. Ma il reperto midollare dimostrava non una linfopenia come nel sangue circolante, ma anzi un abnorme aumento delle cellule linfoidi. Bisogna dunque ritenere che l'evoluzione dell'emocitoblasto si sia arrestata solo nella direzione mieloide e che le cellule lin-

fatiche, così numerose, siano state incapaci di andare in circolo, per uno di quei fenomeni per cui in alcune leucemie si ha il quadro del sangue aleucemico e leucopenico. Nel midollo esistevano poi anche i segni di una certa reazione dell'apparato retico-endoteliale; che il reticolo endotelio partecipi attivamente alla reazione provocata dallo stimolo infettivo non deve sembrare strano, stando alle attuali conoscenze del sistema emopoietico.

Nel secondo caso il decorso e sopratutto la reazione granulocitica nel sangue in seguito a flogosi localizzata, fanno pensare che la lesione dell'apparato mieloide non sia stata molto grave. Si potrebbe pensare ad una temporanea inibizione della granulopoiesi o ad un disturbo nella immissione in circolo di granulociti, ma si potrebbe anche ammettere l'ipotesi che il tessuto mieloblastico sia stato danneggiato non *in toto* ma solo parzialmente e che, una volta vinta o almeno attenuata la ignota noxa esso abbia potuto riprendere il suo normale funzionamento.

Quanto poi al problema della priorità dell'uno o dell'altro dei due elementi, sepsi e stato agranulocitico, il campo resta tuttora diviso. Si può dire però che di tante emopatie, che si accompagnano col quadro di una sepsi, è senza dubbio l'agranulocitosi quella che più colpisce e per il complesso clinico e per il rapido decorso e per l'anamnesi spesso negativa, come una malattia da infezione.

I quadri ematologici con spiccata leucopenia, osservati in alcune sepsi a germe noto, con o senza angina necrotica, con o senza anemia e diatesi emorragica, hanno indotto un numero notevole di AA. a considerare l'agranulocitosi come un'espressione sintomatica e non come una particolare forma morbosa. Nulla vieta di ritenere che la lesione midollare più o meno grave sia strettamente dipendente dal rapporto agente infettivo: reazione difensiva e che esaltazione del primo e abbassamento di quest'ultima possano portare, in determinate circostanze, all'agranulocitosi. Tuttavia sembra opportuno che il complesso sintomatico di Schultz debba restare nella clinica come malattia a sè, fin tanto che le ricerche cliniche e sperimentali non avranno dato gli elementi necessari per una più esatta interpretazione della malattia.

C. TOSCANO.

Il comportamento del ferro ematico dopo trasfusione di sangue.

(L. COTTI. *Giornale di Clinica Medica*, 10 aprile 1934).

Con la trasfusione di sangue si provocano delle variazioni spesso notevoli, nella crasi del ricevitore, in parte dovute al semplice apporto di sangue ed in parte alla stimolazione degli organi ematopoietici.

L'A. ha ritenuto interessante studiare le variazioni quantitative che in tali condizioni subisce il ferro ematico.

Le ricerche vertono su 10 trasfusioni praticate in otto pazienti affetti da svariate forme morbose, con anemie quasi tutte da tifo secondario.

Venne determinato il Fe ematico totale (metodo di Foweater), l'Hb (Sahli) e il conteggio dei globuli rossi e bianchi. Accanto agli altri dati fu calcolato l'« indice ferrico », espressione numerica del rapporto Fe:Hb.

Tutti i pazienti non erano sottoposti a cure ferruginose od epatiche; le quantità di sangue trasfuse furono diverse, ma per lo più 200-300 cc. I prelevamenti per gli esami vennero fatti a digiuno, subito prima della trasfusione, dopo 10', 20', 30' da essa, dopo 24 ore dopo 2-3 giorni e finalmente dopo 7-8 giorni.

Dalla lettura delle tabelle annesse al lavoro appare evidente un aumento del Fe ematico dopo la trasfusione, aumento che raggiunge il massimo entro le 24 ore consecutive alla trasfusione ed è dovuto all'apporto di sangue ad elevato tasso emoglobinico; poi i valori del Fe diminuiscono sempre pur restando sempre superiori al primitivo.

Il paragone tra il Fe ematico totale e il tasso emoglobinico, reso facile mediante l'indice ferrico, dimostrò una variazione caratteristica, ma transitoria, dei rapporti percentuali tra di loro. Infatti l'indice ferrico diminuì in 8 casi su 10, ma la diminuzione non era più apprezzabile in 7ª-8ª giornata, per il ripristino dei valori primitivi.

L'A. cerca di spiegare questo fenomeno ed emette al riguardo alcune ipotesi.

Delle sostanze coloranti presenti dopo la trasfusione in quantità notevole, potrebbero influire in aumento sulla lettura colorimetrica dell'Hb: ma è difficile stabilire con precisione di quali sostanze si possa trattare.

Una spiegazione più probativa si potrebbe dare ammettendo che nel sangue umano esistano più emoglobine a indice ferrico diverso e che dopo la trasfusione si trovi in circolo quello ad indice ferrico minore. Ma questa ipotesi è contraria alla dottrina della unicità della Hb umana e alle nozioni attuali sui rapporti ponderali molecolari tra Fe emoglobinico ed Hb.

Anche altre teorie enuncia l'A. ma nessuna è capace di risolvere il problema ed egli conclude che solo ulteriori ricerche sulla natura dell'Hb umana potranno chiarire la quistione.

VICENTINI.

Trombofilia essenziale. (Malattia trombizzante).

(K. K. NYGAARD e G. E. BROWN. *Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinich*, 2 gennaio 1935).

Gli AA. hanno studiato 5 malati con episodi di obliterazione vascolare arteriose e venose sparse in varie regioni del corpo. I disturbi

insorsero improvvisamente, il decorso fu tempestoso e 2 morirono.

Il decorso clinico, i dati di laboratorio e patologici fanno escludere che si tratti delle comuni malattie vascolari obliteranti: e gli AA. credono di essere di fronte ad una nuova malattia.

Sono venuti in questo ordine di idee dopo l'applicazione di 2 nuovi metodi di laboratorio: la determinazione della coagulabilità del sangue, ed un metodo più esatto di conteggio delle piastrine. Hanno inoltre ricercato la quantità delle globuline del siero.

In 50 casi di occlusione vascolare da arteriosclerosi o da tromboangite obliterante, questi metodi non hanno svelato alcuna alterazione nella coagulabilità del sangue, nel numero delle piastrine e nella quantità delle globuline del siero; nei 5 casi in parola, invece, vi fu un aumento cospicuo e costante della coagulabilità del sangue.

Gli AA. concludono che l'aumento della proprietà coagulante del sangue, sia il fattore determinante di questa nuova entità clinica alla quale danno i seguenti caratteri: occlusione improvvisa di arterie e vene di grosso calibro in individui in apparente buona salute, assenza del quadro clinico che caratterizza le obliterazioni vascolari arteriosclerotiche, la trombo-angite obliterante, le occlusioni emboliche, minime alterazioni patologiche sui vasi affetti, tali da sembrare che si debba escludere una lesione primitiva vasale, alterazioni costanti della coagulabilità del sangue durante gli episodi di trombosi, ed interessamento di arterie e vene nelle più diverse regioni del corpo, come non si osserva in altre malattie vascolari. E. ZITO.

DIETETICA.

La dieta dell'artritico.

(W. BAUER. *Journ. amer. med. assoc.*, 5 gennaio 1934).

Nell'artrite di origine nota (traumatica, infettiva specifica, costituzionale, come l'emofilica, ecc.) si darà la dieta adatta per la condizione morbosa che la produce, salvo per l'artrite gottosa, in cui si darà una dieta a basso contenuto in purine.

Fra le artriti di origine ignota, l'A. distingue quella *degenerativa* (ipertrofica, osteo-artrite), quella *proliferativa* (reumatoide, atrofica) e la *febbre reumatica*.

La forma degenerativa, che costituisce il reumatismo cronico delle persone anziane, è, secondo l'A., il risultato non già di alterato metabolismo o di disfunzioni endocrine o di processi infiammatori, ma soltanto del lungo uso delle articolazioni e degli eventuali ripetuti traumi. Quindi, se la forma è limitata alle articolazioni che portano il peso del corpo e se il paziente ha un peso eccessivo, s'impone anzitutto la diminuzione di questo, che va esercitata specialmente a spese dei carboidrati e dei grassi, da limitarsi alla quantità calorica sufficiente, mantenendo invece una adeguata somministrazione di proteine e di vitamine. Basta, spesso, una semplice riduzione del peso per fare scomparire i sintomi. Talora, questi scompaiono spontaneamente per la stessa evoluzione della lesione articolare ed allora il successo è attribuito a qualsiasi terapia usata.

L'artrite proliferativa è caratterizzata dall'alternarsi di remissioni e di ricadute, sicchè è difficile il giudicare della reale efficacia di una data terapia; in generale, il paziente non può considerarsi guarito che dopo passato un periodo di cinque anni, meglio dieci, senza sintomi.

Molte sono state le diete proposte per tale malattia e l'A. prende in considerazione le seguenti:

Frutta acide e vegetali. L'esclusione di tali alimenti (fra cui sono da menzionare i pomidori, i limoni, i *grapefruits* e simili) è basata più sulla fantasia che sui fatti; essi contengono degli acidi organici deboli che sono facilmente ossidati nell'organismo, ed arrivano nel sangue come carbonati alcalini, sicchè sono da considerarsi come alcalinizzanti. Inoltre essi rappresentano la sorgente principale della vitamina C e contengono anche la A e sono quindi non soltanto permessi, ma anche da prescriversi.

Dieta faddista. I faddisti tendono a ritenere che non si deve usare una dieta mista perchè la presenza di proteine nello stomaco interrompe la digestione dell'amido. Questo è un errore. La digestione dell'amido si inizia nella bocca con la saliva, si interrompe nello stomaco quando il chimo è acido, ma viene ripresa nell'intestino, dove il succo pancreatico fornisce l'enzima amilolitico. L'interruzione è, pertanto, fisiologica e si ha sia che si mangi un pasto amilaceo oppure misto. Del resto, vi sono degli animali, che non hanno fermenti digestivi per l'amido nella loro saliva (cani, gatti, bovini) e che pure si nutrono di cibi ricchi di amido, di cui la digestione incomincia soltanto dopo che il chimo ha lasciato lo stomaco.

Equilibrio acido-basico della dieta. Vi sono dei medici che, nella artrite reumatoide prescrivono una dieta basica, per la tendenza di tale malattia al « sistema acido », espressione mitica, che non significa nulla perchè l'organismo tende per sua natura alla neutralità ed una buona dieta mista non disturba affatto l'equilibrio acido-base dell'organismo.

Ipersensibilità a certi alimenti. Vi sono indubbiamente degli individui che sono ipersensibili a dati alimenti. Il miglior sistema per scoprire tale tendenza consiste nel tener nota dei sintomi accusati e dei cibi consumati. Le prove cutanee sono di scarsa utilità. Meglio

vale tenere i pazienti ad una dieta semplicissima (carne, riso, burro, zucchero) ed aggiungervi man mano altri alimenti, in modo da scoprire quale è quello che può dare i fenomeni allergici. L'A., però, non ha mai osservato un'artrite reumatoide dovuta ad ipersensibilità alimentare.

Dieta scarsa in proteine. La prescrizione di tale dieta deriva dalla confusione dell'artrite reumatoide con la gotta. Non v'è nessuna ragione per limitare la somministrazione delle proteine nell'artrite reumatoide, in cui è bene, anzi, essere larghi, allo scopo di mantenere alto il livello proteico del siero, di fornire del ferro e dei « principî antianemici ».

Riduzione del contenuto calorico. Nessun vantaggio ha rilevato l'A. da una dieta di digiuno o di semidigiuno, che, d'altra parte va assolutamente evitata nei pazienti iponutriti o con qualche complicazione, come febbre od anemia.

Restrizione dei carboidrati. Tale prescrizione è basata sulle seguenti considerazioni: 1) molti pazienti con artrite reumatoide hanno anormalità nel colon, che possono essere corrette con una dieta scarsa in carboidrati e ricca in vitamine, specialmente B; 2) essi hanno difficoltà ad utilizzare l'amido; 3) tali pazienti hanno spesso un ritardo nell'eliminazione dello zucchero dopo l'ingestione di 100 grammi di destrosio; 4) i pazienti con artrite reumatoide migliorano con tale dieta.

L'A. discute ciascuno di tali punti ed arriva alla conclusione che il miglior sistema è quello di fornire una dieta bene equilibrata, mentre spesso l'anamnesi dei pazienti con artrite reumatoide rivela che vi sono in molti delle notevoli deviazioni ed anormalità, come eccesso di carboidrati, insufficienza di proteine e spessissimo insufficienza di calcio, fosforo, ferro e vitamine. Per le abitudini americane, egli prescrive la dieta media seguente:

Colazione. Frutta fresca; un bicchiere di succo di arancio o di *grapefruit;* 2 uova; 3 fette di prosciutto; una fetta di pane di segala tostato; 2 quadratini di burro; caffè col 40 % di crema.

Pranzo. Minestra di creme o brodo; carne o pesce e verdura, in porzione media; insalata con mayonnaise; un bicchiere di latte o di latticello; una fetta di pane; 2 quadratini di burro; frutta; *dessert.*

Cena. Succo di pomodoro 6 once (circa 170 grammi); fegato, pollo o costoletta di agnello, con verdura cotta, in porzione media; verdura fresca (pomodoro, lattuga, sedano, ecc.); una fetta di pane; un bicchiere di latte o latticello, frutta, *dessert.*

Lo zucchero, il pane ed i *dessert* si permettono soltanto se il paziente non supera il peso. In aggiunta alla dieta, sono consigliabili l'olio di fegato di merluzzo o preparati del genere concentrati, come pure qualche preparato in vitamina B.

Se, in questa dieta, le scorie sembrano eccessive, si eviti ad ogni modo, di ridurre le vitamine. Nei pazienti con disturbi gastro-intestinali, si può dare una dieta più blanda, che soddisfi alle indicazioni date.

È bene tener presente che non vi è una terapia specifica per l'artrite reumatoide e che tali pazienti vanno accuratamente studiati e seguìti, correggendo ogni anormalità. Per quanto riguarda la dieta, è essenziale fornirli di un'adeguata quantità di calorie, di vitamine concentrate, di minerali (calcio, fosforo, ferro), regolando opportunamente il riposo, l'esercizio e la terapia fisica. Il regime va scelto in armonia con le abitudini e le necessità del paziente e deve essere prescritto in tutti i suoi particolari. *fil.*

DIVAGAZIONI

La patologia dell'uomo preistorico.

Lo studio delle malattie dei nostri lontanissimi antenati è di data piuttosto recente. Alle prime osservazioni isolate di Broca, Virchow, Parrot, è seguito uno studio d'insieme fatto da Baron che nel 1881 aveva raccolto 121 osservazioni; ma è stato soltanto recentemente che si sono applicati varî metodi, sopratutto la radiologia e l'istopatologia delle ossa e si è arrivati a conclusioni d'indole generale ed a precisare alcune diagnosi postume, come quella del morbo di Paget e di sifilide.

Come ci dice A. V. Vallois (*Revue scientifique*, ott. 1934) la più antica lesione osservata in un antropoide è una voluminosa esostosi del femore. Interessante è la varia frequenza delle lesioni traumatiche, che sono relativamente rare nell'uomo paleolitico, mentre diventano più frequenti nelle epoche successive. Esse si osservano su tutte le ossa, in cui spesso si trovano ancora incluse le freccie di silice; un fatto degno di nota è la grande frequenza delle fratture consolidate in buona posizione, il che fa pensare che questa branca della chirurgia fosse già abbastanza sviluppata fin d'allora.

Il rachitismo manca nel paleolitico e se ne conoscono rari casi nel neolitico ed all'età del bronzo e del ferro, nella Scandinavia; esso manca nelle mummie egiziane, come in quelle peruviane ed è soltanto ad un'epoca recente che ha preso la diffusione attuale.

Invece, l'osteoartrite cronica, relativamente poco frequente oggi, era allora molto diffusa e si manifesta con alterazioni delle superfici di contatto articolari e produzione di osteofiti; la si osserva inoltre ad una età più bassa di quanto la si veda ai giorni nostri e persino in individui in cui le suture della volta cranica non erano ancora chiuse, quindi ad età inferiore ai 30 anni.

La tubercolosi si osserva in forma di osteite, condensata o diffusa, con numerose cavità

e sequestri. Nella sifilide, si ha sopratutto la iper-ostosi delle diafisi, che prendono una forma di fuso, a superficie inspessita, ma con molte piccole erosioni che danno un aspetto tarlato.

La carie dentaria varia di frequenza secondo le epoche e le località. Sconosciuta nel paelolitico europeo, la si osserva in quello africano; in Europa la si trova per la prima volta nel mesolitico ed aumenta, in seguito, di frequenza. In Egitto, e rarissima nel primo periodo, che tocca ancora la preistoria e diventa più frequente all'epoca dinastica e più ancora sotto l'impero romano.

Gli uomini del paleolitico non conoscevano, quindi, probabilmente rachitismo, tubercolosi, sifilide, carie dentaria ed erano soprattutto segni artritici cronici; al neolitico ed all'età dei metalli la frequenza relativa delle malattie cambia e si avvicina alla nostra. I traumi, dapprima abbastanza rari, diventano più numerosi ed alcuni risultano indubbiamente dalla lotta fra uomini, che sembrano, quindi, diventare più feroci; compaiono la tubercolosi e la sifilide, pure formando soltanto dei piccoli focolai isolati. Così pure la carie dentaria fa la sua comparsa al mesolitico ed, in seguito, aumenta col progredire della civilizzazione.

È dunque un errore il parlare della robusta costituzione dei nostri lontanissimi antenati e di ritenere che per la vita rude e selvaggia che menavano presentassero una notevole resistenza a tutte le malattie; soffrivano anch'essi al pari di noi, soltanto di malattie diverse dalle nostre. *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

D. VIOLA. *Nozioni di medicina legale militare.* Editori S. Lattes e C., Torino. Prezzo L. 15.

L'esperienza dell'ultima guerra ha messo in evidenza una gran quantità di problemi ignorati dai medico-legisti delle passate generazioni.

D'altra parte il perfezionamento sull'indagine diagnostica ha messo a disposizione nuovi mezzi di accertamento che consentono più sicuri giudizi sia agli effetti delle selezioni dei soldati come dell'infortunistica e della criminalità militare.

I vecchi trattati sotto questi aspetti non corrispondono più alle moderne esigenze.

Il libro del Viola costituisce un aggiornamento della medicina legale militare, e colma pertanto una lacuna. DR.

L. LATTES. *L'individualità del sangue nella biologia, nella clinica e nella medicina legale.* Editori Fratelli Treves, Milano. Prezzo L. 50.

I contributi che il Lattes ha dato alla dottrina dell'individualità biochimica del sangue sono fondamentali, e non desta quindi meraviglia il fatto che i libri da lui scritti sull'argomento hanno tanto successo.

Le traduzioni inglesi, francesi, tedesche rapidamente si esauriscono, ed in lingua italiana si è ora alla quinta edizione. Questa sulle precedenti ha il vantaggio della maggiore completezza e dell'aggiornamento. Se si tien conto che l'argomento è sempre in evoluzione, che ai problemi che si risolvono di anno in anno se ne sostituiscono nuovi, si può apprezzare quale nuova mole di notizie apprestì la presente edizione

Tali notizie non hanno un interesse puramente teorico, esse hanno trovato oramai larghe quanto sicure applicazioni nel campo della medicina legale e della clinica.

L'esposizione della tecnica occupa buona parte del libro, che si chiude con una ricchissima, potremo dire completa, bibliografia.

DR.

F. BALLOTTA. *Prassi medico-forense.* Editore Zanichelli, Bologna. Prezzo L. 15,00.

Il volumetto che l'A., aiuto e docente all'Istituto di Medicina legale di Bologna, ha preparato, non vuol essere un trattato, ma un semplice prontuario di pratica medico-forense.

Una guida per coloro che non essendo particolarmente versati in medicina legale, e non praticando abitualmente questa branca, sono saltuariamente chiamati dalla giustizia a dare pareri medici.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Pertanto oltre a succinte nozioni tecniche, sono date quelle indicazioni che riguardano l'esecuzione, per così dire burocratiche, delle prestazioni medico-forensi.

Un libro veramente utile per i pratici, e sopratutto per i medici condotti.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pisa.

Seduta del 13 dicembre 1934.

Di alcuni casi di Lepra autoctona.

C. LOMBARDO. — L'O. dà notizie su tredici casi di Lepra autoctona osservati nella Clinica Dermosifilopatica di Pisa durante il decennio scorso, facendo rilevare particolarmente: come la sintomatologia sia eguale a quella della Lepra esotica: come per la maggior parte dei casi si sia potuto stabilire essere figli o parenti di infermi di Lepra esotica, pure provenendo da paesi dove anticamente eranvi dei leprosari: come il cresciuto numero dei leprosi in Toscana sia strettamente connesso alla emigrazione in paesi dove tale malattia è ancora molto diffusa; come infine sia da tenersi presente che accanto alla Lepra conclamata siano da ammettersi forme oligosintomatiche anomale e forme larvate.

Digitale purpurea o digitale lanata?

I. SIMON. — L'O. espone una serie di fatti in base ai quali non può finora ammettere una superiorità terapeutica della digitale lanata sulla digitale purpurea. Egli pensa che occorrano molte prove prima di giungere ad una tale conclusione, tanto più che esperienze fatte con la digitale purpurea stabilizzata hanno dimostrato la sua pronta, sicura, validissima attività terapeutica. Ritiene che i tempi siano maturi per imporre che la digitale purperea sia messa in commercio solamente dopo la stabilizzazione.

Seduta del 9 marzo 1935.

Di un caso di edema polmonare acuto cardiaco con sindrome di peritonite da perforazione.

V. CESARIS DEMEL. — L'O. illustra il caso di un uomo di a. 41 venuto a morte durante una crisi dolorifica addominale simulante peritonite da perforazione appendicolare gastrica o duodenale che all'autopsia risultò sostenuta da inversione della convessità diaframmatica e determinata da irritazione meccanica per stiramento e compressione delle terminazioni sensitive e motorie del nervo frenico e in linea subordinata di ipotesi delle terminazioni sensitive dei rami frenico-addominali del plesso frenico del simpatico e dei n. n. grande e piccolo splancnici, in occasione di edema polmonare acuto da insufficenza del ventricolo sinistro del cuore.

Reinterventi per ulcera peptica.

M. BUFALINI. — Riferisce su 5 reinterventi (2 per recidiva sulla bocca anastomotica e 3 per recidiva sull'ansa digiunale). Ha praticato estesa resezione gastrica; resezione digiunale; 5 guarigioni.

Considerazioni di ordine patogenetico, diagnostico, terapeutico.

Ulcera gastrica guarita con cura mercuriale.

M. BUFALINI. — Ulcera della piccola curva con grossa nicchia in uomo di 47 anni. Sofferente da soli 3 mesi. Il dato anamnestico della contemporanea caduta delle unghie delle mani e dei piedi, fece sospettare la natura luetica della lesione gastrica, pure con Wassermann negativa. Iniezioni di salicilato di mercurio. Scomparsa completa dei dolori e della nicchia dopo 2 mesi (controllo radiografico).

Sindrome paralitica unilaterale globale dei nervi cranici per metastasi alla base del cranio di un carcinoma della mammella.

Prof. MARINO BENVENUTI. — Studio clinico di un caso di metastasi della base del cranio di epitelioma della mammella, operato due mesi prima dell'inizio della sintomatologia neurologica, determinante la paralisi dei dodici nervi cranici di destra. L'O. pone nel giusto valore il reperto di cellule carcinomatose nel liquor. Reperto che permette di diagnosticare, con sicurezza, una meningite carcinomatosa e che conferisce all'esame del liquor di simili casi tutta l'importanza di una biopsia. A questa diagnosi è legato il particolare interesse della osservazione descritta in quanto la « paralisi unilaterale globale dei nervi cranici » da metastasi carcinomatosa, coinvolgente sia le ossa della base del cranio che le meningi, costituisce una evenienza clinica incontestabilmente rara.

Il Segretario.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta straordinaria del 2 marzo 1935-XIII.

Presiede il prof. S. BAGLIONI, presidente.

L'ottalmoscopio strumento essenziale nella semeiotica neuro-psicopatica.

Prof. O. PARISOTTI. — L'O. s'intrattiene rapidamente sui vantaggi o piuttosto sulla necessità dell'esame ottalmoscopico per diagnosi nella patologia neuropsichiatrica.

La diagnosi differenziale tra paralisi progressiva, tabe dorsale e sclerosi a placche ha non solo conferma, ma pure indirizzo dall'esame ottalmoscopico.

Per la sifilide l'esame ottalmoscopico non dà soltanto la certezza, ma pure la qualità, permettendo di distinguere tra eredo-sifilide e sifilide acquisita.

Nella meningite tubercolare l'esame ottalmoscopico può bastare per la diagnosi e pure imporla, e dà pure la possibilità di riconoscere la localizzazione del focolaio tubercolare endocranico.

L'O. accenna le altre malattie del sistema nervoso, per le quali l'esame ottalmoscopico è non solo aiuto, ma pure necessità.

La leishmaniosi dei cani in Roma nella stagione estiva e autunnale.

Dott. F. MARCHESI, F. CRAINZ, R. SCAPATICCI. — Gli OO., continuando le ricerche precedentemente iniziate sulla leishmaniosi dei cani in Roma, riferiscono i risultati ottenuti nelle indagini eseguite durante il periodo della stagione estiva ed

autunnale 1934. Su 269 autopsie eseguite durante la stagione estiva furono trovati 7 cani parassitati, con una percentuale perciò del 2,7 %, mentre che in autunno, su 218 cani esaminati, ne furono trovati infetti 7, con una percentuale quindi del 3,2 %. In base alle ricerche complessive, gli OO. concludono che la leishmaniosi dei cani in Roma è diffusa in lieve percentuale (su 861 cani esaminati, infetti 18) e cioè del 2,1 %. Ha grandissima importanza il fattore stagionale, in quanto che dal 0 % ottenuto nella stagione invernale, si raggiunge, attraverso un aumento progressivo nella stagione primaverile ed estiva, un massimo di animali infetti nella stagione autunnale. Dal complesso delle ricerche, gli OO. traggono delle conclusioni di interesse epidemiologico e in rapporto alla funzione del cane, quale serbatoio del virus per la leishmaniosi umana.

Discussione: prof. PUNTONI.

Diffusione della spirochete dell'ittero emorragico nei ratti di chiavica in diversi tratti del Tevere (in Roma) e dell'Aniene.

Dott. F. MARCHESI. — L'O. ha indagato sulla frequenza dell'infezione ittero-emorragica nei ratti di chiavica catturati lungo alcuni tratti del Tevere e dell'Aniene. Ha potuto isolare in tre zone differenti in questi fiumi dentro la città di Roma e a la sua immediata periferia tre ceppi di spirochete che riprodussero il quadro tipico del m. di Weil in cavie inoculate con poltiglia di organi di ratti catturati. Anche il reperto al paraboloide diede esito positivo e in terreni di culture appropriati si svilupparono le leptospire di Inada-Ido. L'O. in base a questi primi risultati addita il pericolo della sorgente di infezione esistente in tutte le zone del Tevere e dell'Aniene, riservandosi di dare ulteriori particolari di altre ricerche proseguite sullo stesso argomento.

Discussione: proff. VERNONI, PUNTONI e PONTANO.

Contributo allo studio sperimentale della funzione della via linfatica cervicale dell'infezione tubercolare del polmone.

Prof. F. ARLOING, ET. BERTHET et A. VACHON. — L'étude expérimentale poursuivit au laboratoire de médecine expérimentelle de l'Université de Lyon, nous a montré, dans une première série d'expériences, la possibilité de l'infection tuberculeuse du poumon par voie lymphatique cervicale. De plus, l'injection d'encre de Chine dans les ganglions para-trachéaux, nous à montré le cheminement de ce corps étranger à travers la voie lymphatique superieure jusque dans la trame pulmonaire où nous avons réalisé des images du tramite et de périlobulite. Nous avons entrepris sur cette question une nouvelle série de recerches que neus publierons ultérieurement.

Anchilosi ossea dell'articolazione temporo-mandibolare sinistra post-infettiva. Resezione lineare. Plastica.

Dott. G. GIANGRASSO. — L'O. presenta tre malati, affetti da anchilosi ossea monolaterale dell'articolazione temporo-mandibolare, trattati chirurgicamente, con osteotomia lineare del collo del condilo, interposizione di lamina di gomma alla Muzii, e seguente formazione di neoartrosi. Risultati a distanza di anni 3 e mezzo nel primo caso, 3 mesi nel secondo e 15 giorni nel terzo: ripristino funzionale completo.

Discussione: prof. MATRONOLA.

Prof. G. EGIDI. — *Raccolta intracranica post-traumatica comprimente il cervello vuotata con ago perforatore. Guarigione.*

Discussione: prof. CHIASSERINI.

Sulla sistematica degli Actinomiceti. Il nuovo genere Asteroides.

Prof. V. PUNTONI e D. LEONARDI. — Gli OO., avendo studiato il genere *Actinomyces Harz* 1877, fanno rilevare l'eterogeneità e l'eccessiva vastità di questo genere. Propongono perciò di emendare il genere *Actinomyces* nel senso di comprendervi gli attinomiceti aerobi a lunghi filamenti e con differenziamento fra micelio vegetativo e micelio aereo producente actinospore; e di creare un nuovo genere che essi denominano *Asteroides*, per gli attinomiceti a brevi filamenti, parzialmente acido-resistenti e produttori di granuli metacromatici, che non presentano la formazione di micelio aereo.

Pertanto, essi, tenendo conto che già è stato accettato un genere per la designazione delle specie anaerobiche, ed escludendo dagli attinomiceti il genere *Actinobacillus Brumpt*, propongono che l'ordine *Microsyphonales Vuillemin*, 1912, venga suddiviso nei seguenti tre generi:

a) genere *Actinomyces Harz*, 1877, *Puntoni e Leonardi* emend., 1934.

Specie tipo: *Actinomyces albus* (Rossi-Doria).

b) genere *Actinobacterium Haass*, 1906 (*Cohnistreptothrix Pinoy*, 1913), comprendente le specie anaerobiche.

Specie tipo: *Actinobacterium Israeli* (Kruse).

c) genere *Asteroides Puntoni e Leonardi*, 1934.

Specie tipo: *Asteroides asteroides* (Eppinger).

Sindrome nervosa extra-piramidale consecutiva a malaria.

Prof. V. CHINI. — L'O. presenta e discute un caso di sindrome extrapiramidale consecutiva a malaria perniciosa comatosa (sindrome ipertonica-bradicinetica).

Considerazioni ed impostazione sperimentale su nuovi orientamenti patogenetici delle leucemie croniche.

Prof. R. GOSIO. — Giustificazione di un esperimento che l'O. sta per iniziare sull'uomo nel campo delle leucemie croniche, alla luce di moderne vedute circa la eventualità di una increto-regolazione della emopoiesi normale e patologica.

L'atrofia di Pick.

Prof. F. BONFIGLIO. — L'O. illustra un caso di *Malattia di Pick* (atrofia cerebrale circoscritta) diagnosticato *intra vitam*. Trattavasi di un individuo che aveva presentato uno stato demenziale accompagnato da sintomi di *afasia sensoriale* con una spiccatissima *palilalia* a parkinsonismo. Fu fatta diagnosi di atrofia dei lobi temporali e frontali e dei nuclei striati. L'autopsia confermò la diagnosi in vita.

L'O. illustra il reperto anatomo-patologico, presentando l'encefalo del caso da lui esposto.

Il Segretario: G. AMANTEA.

Prima Seduta della Società Italiana di Chirurgia e Analgesia (Sezione Romana).

Estensione dell'uso della anestesia locale in operazioni gravi, mercè la preparazione dei malati con anestesia basale.

Prof. R. ALESSANDRI. — L'O. dopo aver ricordato i grandi pregi dell'anestesia locale che rappresenta, per l'assenza di effetti nocivi, sull'organismo, il mezzo ideale, aggiunge che il suo maggior inconveniente è rappresentato dall'incompletezza dell'anestesia che ne limita talvolta l'uso. L'anestesia basale ne rafforza l'azione e rende così il paziente più sensibile al farmaco usato localmente.

Il dilaudid scopolamina (combinazione di idromorfinone e scopolamina) rappresenta un'ottima sostanza per l'anestesia basale e usato nella dose di due fiale dà un sonno talvolta completo e che dura anche dopo l'intervento. L'O. lo ha usato in una notevole serie di casi per interventi gravi (in grande maggioranza di chirurgia gastrica, resezione per ulcera e cancro e di toracoplastiche) e ne ha ottenuto sempre ottimi risultati con buoni effetti di anestesia così che si augura che l'uso di associare l'anestesia basale alla locale si diffonda fra i chirurgi.

Sul meccanismo del vomito da cloroformio.

Prof. P. TESTONI. — L'O. dopo aver fatto una breve rassegna della fisiopatologia del vomito, espone i risultati di alcune sue esperienze concernenti il meccanismo del vomito da cloroformio.

Esclusa la mucosa gastrica come punto di partenza del riflesso al vomito, poichè gli risultò che il cloroformio non si elimina sicuramente attraverso lo stomaco, come altri emetici indiretti, l'O. ritiene che l'anestetico agisca in prevalenza eccitando direttamente il centro emetico bulbare. Egli non esclude tuttavia che il vomito da cloroformio possa anche essere di origine riflessa, ma, in tal caso, il punto di partenza dei riflessi avrebbe sede non già nella mucosa gastrica ma bensì in altre zone reflessogene, di cui le più importanti sono il cuore ed il seno carotideo.

L'esperienza nella Clinica Chirurgica di Roma sull'anestesia.

Prof. VITTORIO GHIRON. — L'O. espone in rapida sintesi i risultati più notevoli dell'esperienza di laboratorio e clinica riguardanti i problemi della anestesia di questo ultimo decennio nella Clinica di Roma, che ha sempre seguito dappresso i progressi di questa branca della chirurgia e per alcuni punti ha preceduto in Italia le altre. Ad esempio nella anestesia con taluni gas di cui ha dimostrato l'importanza pratica ed ha raccolto un notevole numero di casi mettendone in luce i pregi ed i difetti.

L'O. ricorda le esperienze della Clinica di Roma sulla Avertina e l'Evipan riguardo ai quali anestetici si era giunto a conclusioni del tutto simili a quelle che ormai hanno espresso la maggioranza dei chirurgi. Espone pure rapidamente le idee più moderne riguardo alla anestesia basale e alla preanestesia e ricorda i risultati di numerose ricerche sperimentali eseguite in questa Clinica.

Prof. GUIDO EGIDI. — È lieto che si dia così notevole parte alle discussioni sui problemi della anestesia che ha tanta importanza nella chirurgia. L'O. ricorda la propria esperienza personale sul protossido d'azoto ed illustra l'importanza che l'anestesia locale ha in chirurgia.

Prof. ANGELO CHIASSERINI. — Dopo aver accennato ad alcuni dei principali problemi sulla anestesia espone i risultati della propria esperienza sulla avertina come anestesia basale, esperienza che gli è stata in complesso favorevole.

Prof. SILVESTRO BAGLIONI. — È lieto di potere partecipare a queste discussioni sui problemi della anestesia che interessano non solamente il chirurgo ma anche il fisiologo ed il farmacologo. Per il fisiologo in modo particolare vi sono molti campi da esplorare, il cui studio sarà non senza frutto anche per il pratico.

Espone i vantaggi che presenta l'anestesia locale e tronculare anche da un punto di vista teorico.

Dott. FAUSTO ALIERI. — L'O. ha studiato in 102 casi il comportamento del polso e della pressione arteriosa durante i più svariati interventi eseguiti con vario tipo di anestesia (eterea, etilenica, locale, peridurale, spinale, mista), mettendo in evidenza le manualità operatorie e i tipi di anestesia che più dannosamente influenzano sotto quel punto di vista l'operato. Ha aggiunto anche delle considerazioni personali sul limite di tollerabilità all'intervento e sull'insorgenza di alcuni disturbi del ritmo cardiaco durante l'operazione.

Il Segretario: V. GHIRON.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Epidemia famigliare di botulismo.

L. Rivet (*Soc. méd. hôpitaux*, 25 genn. 1935) riferisce il caso di una donna di 39 anni che improvvisamente un mattino si accorse di non poter leggere il giornale; l'oculista trova una paralisi dell'accomodazione e prescrive degli occhiali. La paziente non può leggere, non accomoda a distanza, mentre esiste il riflesso alla luce. L'A. pensa alla possibilità di difterite frusta (la paziente ha la voce un po' rauca); l'esame dell'essudato faringeo dà dei pseudodifterici. Frattanto le tre sorelle della malata accusano pure disturbi dell'accomodazione ed il quadro della malata si è andato aggravando: edema delle palpebre, lieve ptosi a sinistra, secchezza della bocca, costipazione ostinata; polso e temperatura normali. Riandando gli eventi, si apprende che una settimana prima, in un pranzo di famiglia era stato consumato un *paté* di fagiano e di fegato preparato un mese prima da una cuoca esperta e conservato in una terrina ben coperta. Due giorni dopo, una delle sorelle ha avuto vomiti e diarrea che colpirono pure la paziente ed un'altra sorella; un'altra ebbe soltanto i disturbi dell'accomodazione e così pure altre due persone (6 in tutto, mentre gli altri convitati non ebbero disturbi).

Prescrizione di pilocarpina, di lassativi e goccia-goccia rettale di siero glucosato; alimentazione liquida, tonici per iniezioni.

I disturbi si andarono attenuando, rimanendo però costipazione intensa, astenia ed i disturbi dell'accomodazione. Prescrizione di stricnina; scomparsa della ptosi ed attenuazione dei disturbi visivi. Dopo 2 mesi circa, la malata entra in convalescenza, pure rimanendo un po' di stanchezza generale con ipotensione, di secchezza della pelle e di costipazione.

Negli altri colpiti, i disturbi furono meno gravi e passarono in breve. *fil.*

I preparati ipofisari nelle metrorragie post partum da atonia dell'utero.

E. Debiasi e P. Romussi (*La Clinica ostetrica*, genn. 1935) hanno usato in 54 casi di emorragie postpartum le iniezioni endovenose di un preparato ipofisario (Pituglandol). L'iniezione va fatta lentamente e la dose può essere limitata a cmc. 0,5 quando la contrazione tetanica dell'utero (rilevabile alla palpazione) interviene già nel corso dell'iniezione. Altrimenti, si può raggiungere senza inconvenienti la dose di un cmc. Soltanto nelle donne costituzionalmente bradicardiche (sotto le 60 pulsazioni al minuto) o che presentino aritmie, è consigliabile di attenersi sempre alla dose di 0,5 cmc.

Tale procedimento si è dimostrato un mezzo eccellente per combattere le dette metrorragie. Il successo è così evidente ed immediato da far sospettare, nei casi in cui manca, che l'emorragia sia determinata da ritenzione di tessuto placentare; s'impone pertanto, la revisione della cavità uterina.

Evidentemente, questa terapia non è sufficiente nella ritenzione di cotiledoni placentari (che vanno quindi estratti) o nelle emorragie dopo il parto complicato da placenta previa (in cui si deve procedere senz'altro al tamponamento utero-vaginale).

L'azione di altri preparati della serie della segale cornuta, che si saranno dapprima iniettati, viene rinforzata da quella dei preparati ipofisari iniettati per via endovenosa. *fil.*

Il trattamento dell'anemia perniciosa.

J. F. Wilkinson (*Practitioner*, marzo 1935) rileva che l'anemia perniciosa è una malattia da deficienza, che richiede un'adeguata terapia di sostituzione per tutta la vita. Il trattamento consiste nel somministrare uno o più fattori antianemici che si trovano nello stomaco o nel fegato, in quantità tale da mantenere la normalità del quadro sanguigno e delle condizioni cliniche, il che si può ottenere soltanto usando dei preparati terapeuticamente attivi. L'andamento della malattia va controllato da regolari conteggi del sangue, almeno ogni 3-6 mesi, dosando in conseguenza il trattamento.

Se vi sono segni o sintomi di compartecipazione del sistema nervoso, per quanto piccoli, il trattamento va continuato in pieno.

La prognosi, nei casi senza complicazioni, è buona purchè si abbiano le condizioni di un trattamento adeguato con un preparato attivo, continuato per tutto il resto della vita del paziente. *fil.*

Intossicazione grave da chinina.

N. L. Chaniotis (*La Presse médicale*, 23 maggio 1935) ha osservato 14 casi di intossicazione da chinina, che egli classifica in 3 gruppi.

1) Dosi medie non oltrepassanti 5-10 gr. disturbi digestivi lievi, talora vomiti, ronzii d'orecchio intensi, sensazione di debolezza agli arti inferiori, lieve astenia. I mezzi generali contro gli avvelenamenti e qualche cardiotonico fanno rientrare tutto nella normalità.

2) Dosi più elevate, di 10-15 grammi. Dolori gastrici intensi, ronzii che vanno fino alla scomparsa dell'udito, fatti di eccitazione ed allucinatori (delirio da chinina), sensazione di annientamento, iperestesia od anestesia delle estremità, contrazioni muscolari, fino a convulsioni tonico-cloniche. Aumento generale dei riflessi. Vomiti acquosi; possono poi ri-

marcre cefalee intense, sordità, restringimento del campo visivo.

3) Dosi molto forti, oltre 20 grammi, con esagerazione dei fenomeni precedenti, fino al coma. Notevolissima ipotensione, polso piccolo, bradicardico. Se il vomito spontaneo si ha presto, il malato può essere salvato, come nel caso dell'A. in cui erano stati ingeriti 46 grammi, e si ebbe perdita completa della vista; questa ritornò poi normale, dopo iniezioni di acetilcolina, di stricnina ed iniezioni retrobulbari di 1 mg. di atropina. L'A. attribuisce l'amaurosi a spasmo vascolare della retina. *fil.*

SEMEIOTICA.

L'esame del liquor e la diagnosi di sifilide nervosa.

L'esame del liquor è della massima importanza per la diagnosi di sifilide nervosa e può dare delle indicazioni veramente preziose. A. Sézart (*Presse médicale*, 20 marzo 1935) però fa rilevare che esso può qualche volta indurre in errore. Vi sono dei casi in cui esso rivela un liquor normale, pure esistendo la sifilide nervosa; ciò si può osservare nella demenza paralitica molto raramente nei pazienti non trattati, e relativamente più spesso in quelli curati, ma non guariti; può darsi che in questi casi si tratti di disturbi psichici dovuti a lesioni residue ed inguaribili delle cellule cerebrali. Più frequente è l'errore nella tabe, pure in presenza di sintomi e segni clinici indiscutibili; spesso si tratta, anche in questi casi, di evoluzione arrestata, pur con sintomi persistenti, perchè le lesioni residue sono indelebili.

In altri casi, invece, pure avendosi nel liquor i segni caratteristici della sifilide nervosa, si tratta di altra malattia, specialmente di tumori cerebrali o midollari.

In complesso, quindi, i risultati dell'esame del liquor, pure essendo preziosi, non sono da considerarsi infallibili. Io so di un tale che, mostrando nel suo laboratorio una serie di provette con la reazione dell'oro colloidale, aggiungeva che egli con esse faceva la diagnosi senza nemmeno vedere il malato. I dati del laboratorio, invece, danno al medico un elemento che si aggiunge agli altri forniti dall'esame somatico, dall'anamnesi e da altri esami, ma non una soluzione matematica del problema clinico. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

I benefici effetti della dieta nell'amebiasi sperimentale.

Fu Hegner il primo a mettere in rilievo la importanza della dieta sulla flora intestinale. Questo A. dimostrò che i protozoi parassiti dell'intestino dei topi aumentano dietro dieta vegetariana e diminuiscono di molto se si mantengono questi animali a carne. È noto che il latte non ha nessuna azione inibitrice sulla crescita dei protozoi intestinali.

Recentemente Faust e Kagy (*The Journal of the American Medical Association*, 16 febbraio 1935) hanno osservato che nell'amebiasi sperimentale dei cani, il fegato crudo o gli estratti di fegato portano ad un rapido miglioramento della fenomenologia clinica e talora ad una pronta guarigione delle lesioni anatomiche. Le feci, che nella colite amebica acuta presentano un aspetto granuloso « sago grain », come dicono gli autori inglesi, dato da blocchetti di muco sospesi in un liquido fecale colorato, si solidificano in breve tempo e riprendono l'aspetto normale.

I risultati migliori si hanno adoperando pezzi di fegato finemente triturati. Ad una temperatura di 70° per 30 minuti il fegato viene a perdere le proprietà terapeutiche (amebicide?). Secondo questi AA. anche l'olio di fegato risponde bene nell'amebiasi sperimentale dei cani, mentre i pezzi di stomaco disseccato ed il salmone affumicato aggravano la malattia.

Queste interessanti esperienze di Faust e Kagy avranno certamente un'applicazione pratica ed è sperabile che riescano utili alla profilassi ed alla terapia dell'amebiasi umana.

DE MURO.

FORMULARIO.

Nelle broncopolmoniti dei piccoli bambini.

Per bambini da 2 a 7 mesi, Nobécourt consiglia:

Acetato d'ammonio liquido . . . . g. 1
Sciroppo di etere . . . . » 10
Sciroppo di fiori d'arancio . . . . » 20
Acqua bollita q. b. per . cmc. 60

Un cucchiaio da frutta (10 cmc.) ogni 4 ore.

Nell'accesso di laringite stridula.

Harvier consiglia:

Bromuro di potassio
Bromuro di calcio . . ana g. 1
Antipirina . . . . . g. 1,50
Looch bianco q. b. per g. 120

Un cucchiaino da dessert ogni quattro ore per un bambino di 5 anni.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

C. A. GUELMI. *Sifilide polmonare.* — Tip. Mascaretti, Castelsangiovanni, 1934.

C. RIZZO. *Gli eosinofili con funzione fagocitaria nel liquido cefalo-rachidiano.* — Ind. Graf. A. Nicola, Varese, 1934.

C. RIZZO. *In tema di eosinofilorachia provocata.* — Ind. Graf. A. Nicola, Varese, 1934.

C. RIZZO. *Le granulazioni nero-refrangenti degli eosinofili nel liquido cefalo-rachidiano.* — Ind. Graf. A. Nicola, Varese, 1934.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Nuove direttive per la repressione dell'esercizio abusivo dell'odontoiatria.

Il Sottosegretario all'Interno ha disposto perchè venga intensificata la vigilanza sui gabinetti dentistici e siano applicate con rigore le sanzioni previste dal Testo Unico delle Leggi Sanitarie a carico dei contravventori, al fine di infrenare gli abusi. Allo scopo poi di identificare gli effettivi esercenti dei gabinetti dentistici e verificare se siano in possesso del regolare titolo professionale, sono state richiamate le disposizioni impartite circa l'obbligo fatto ai suddetti esercenti di provvedersi della autorizzazione prefettizia stabilita dallo stesso Testo Unico.

Per ciascuna istanza che sarà prodotta, la Prefettura accerterà che il richiedente, oltre che munito del titolo professionale, sia la persona che effettivamente gestirà il gabinetto dentistico mediante la propria opera personale. Tale particolarità sarà ritenuta condizione indispensabile per la concessione dell'autorizzazione prefettizia, essendo preciso intendimento del Ministero che non debba ulteriormente consentirsi che persone sprovviste del titolo legale (cioè della laurea in medicina e chirurgia o diploma di abilitazione all'esercizio dell'odontoiatria) continuino abusivamente a gestire gabinetti dentistici a mezzo di medici prestanome.

Inoltre le Prefetture porteranno la loro attenzione sulla pubblicità usata nella stampa e nelle targhe apposte alla porta di ingresso dei gabinetti odontoiatrici e delle officine o laboratori degli odontotecnici, affinchè non vengano usate diciture che possano generare dubbî o equivoci.

Per le nomine nella C. R. I.

La prima sezione del Consiglio Superiore dell'Educazione Nazionale nell'ultima seduta ha dato parere favorevole per la modifica dell'articolo 32 del Regolamento sul reclutamento del personale della Croce Rossa Italiana, riconoscendo la Docenza in Patologia Medica o Chirurgica come titolo sufficiente per la nomina a Capitano Medico, alla stessa stregua di altre docenze di importanza minore e già riconosciute per il conseguimento di tale grado.

Per i medici in servizio coloniale.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica il decreto ministeriale 22 marzo 1935 col quale il limite d'età, di cui all'art. 3 lettera *b*) del decreto ministeriale 30 aprile 1929 è elevato ad anni 35 per le assunzioni dei medici generici, e ad anni 40 per le assunzioni dei medici specialisti, in servizio coloniale.

Restano ferme le disposizioni relative all'aumento del limite d'età che vigono a favore degli ex-combattenti, degli iscritti al P. N. F. ininterrottamente da data anteriore al 28 ottobre 1922, degli invalidi di guerra o per la causa nazionale, dei decorati al valor militare e di coloro che abbiano il brevetto di ferite per la causa fascista e risultino iscritti ininterrottamente al P. N. F. dalla data dell'evento che fu causa della ferita, anche se posteriore alla Marcia su Roma.

Si prescinde dal limite d'età, nel caso di assunzioni di medici, che già abbiano prestato servizio in amministrazioni statali con funzioni identiche a quelle per le quali vengono assunti.

Ferme restando le norme del decreto Ministeriale 26 luglio 1934, n. 962, reg. 11, foglio 82 per quanto riflette la nomina dei medici generici, la Commissione prevista dall'art. 4 del predetto decreto sarà integrata da un membro tecnico da scegliersi fra docenti universitari, nella specialità inerente alla nomina, quando si tratti dell'assunzione di medici specialisti.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

GENOVA-SAMPIERDARENA. *Ospedali Civili.* — Aiuto chirurgo, aiuto neurologo e aiuto radiologo; titoli ed esami; tassa L. 50; docum. a 3 mesi dal 30 marzo; L. 5000; per il 1° ed il 3° posto partecipaz. 12 %; ritenute. Scad. ore 17 del 30 maggio. Chiedere copia del bando. Rivolgersi alla Segreteria di detti Ospedali, Corso Roma.

MARRADI (*Firenze*). *Ospedale di S. Francesco.* — A ore 16 del 20 maggio, chirurgo direttore; età limite 40 anni; titoli; stip. L. 10.000 e 8 trienni decimo, lorde; c.-v.; compartecipaz. Chiedere copia del bando. Rivolgersi alla Congregazione di Carità

MONZA (*Milano*). *Ospedale Umberto I del Circolo di Monza.* — Concorso per titoli ed eventualmente per esami, al posto di Medico Primario. Scadenza alle ore diciotto del giorno 14 giugno 1935-XIII. Periodo di prova anni due, trascorso il quale il Primario potrà essere confermato per quindici anni e, successivamente, per quinquenni, fino al limite di età di anni 65. Stipendio L. 8272, oltre le compartecipazioni per la cura ai solventi in proprio ed ai soci delle Mutue Sanitarie. Età massima anni 45 salvo le eccezioni di legge. Alla domanda in competente bollo dovranno allegarsi i documenti richiesti dal bando di concorso. Il concorrente dovrà essere in possesso della laurea in medicina da almeno dieci anni e dovrà dimostrare di avere prestato, per oltre sei anni, servizio effettivo presso Ospedali di almeno 250 letti o presso Cliniche od Istituti di Patologia universitari. Chiarimenti alla Segreteria dell'Ospedale.

NAPOLI. *R. Albergo dei Poveri.* — Concorso per titoli ed esami a direttore del servizio dermosifilopatico; annuo stipendio L. 3000 lorde. Scad. ore dodici del 28 giugno. È inoltre prorogato il termine per la presentazione delle domande per accedere al concorso per il posto di assistente al gabinetto di analisi presso il dipendente Ospedale di Loreto, fino alle ore dodici del 30 aprile. Rivolgersi alla segreteria, in Piazza Carlo III.

POTENZA. *Ospedale Provinciale « S. Carlo ».* — Al 26 maggio, ore 18; radiologo; L. 16.000 lorde e 3 quadrienni dec.; non diritto a compartecipazioni; tassa L. 50,10; età limite 35 anni; specializzazione in radiologia; chiedere annunzio alla Segreteria.

ROMA. *Opera Naz. Maternità e Infanzia.* — Scad. 30 aprile; direttore della Casa di Maternità « Regina Margherita » di Bordighera; 6 mesi di prova, con assegno mensile di L. 900, vitto e alloggio; nomina e conferme quinquennali; stip. L. 18.000 lorde e quinquenni dec.; vitto e alloggio; età limite 40 anni al 1° maggio. Titoli di preferenza: l. d. in ostetricia e ginecologia, specializzazione in pediatria. Rivolgersi alla sede centrale, piazza Adriana 20, Roma.

SAMBUCA PISTOIESE (*Pistoia*). — Scad. 9 giugno; condotta consorziale; L. 9500 e 8 trienni dec., oltre L. 3000 trasp.; riduzioni 18 e 24 % rispettiv.; età limite 35 anni; tassa L. 50.

SONCINO (*Cremona*). *Ospedale S. Spirito.* — Scad. 31 maggio; direttore; L. 9000 al netto dalle riduzioni di legge, quinquenni, 50 % proventi varî; abitaz. gratuita; età limite 40 anni. Rivolgersi alla Segreteria della Congregaz. di Carità.

TORRE DEL GRECO (*Napoli*). *Ospedale « Agostino Maresca ».* — Scad. 19 giugno; capo del reparto Maternità; titoli e prova pratica; assegno annuo L. 600 soggette alle trattenute di legge; rivolgersi alla Segreteria.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione Cagnola.

Sono indetti due concorsi, sui temi:

« Studiare la natura dell'endoarterite obliterante non sifilitica nell'uomo: illustrarne l'istologia patologica e la patogenesi eventualmente anche con ricerche sperimentali ». Scadenza 31 dicembre 1935, ore 15. Premio di L. 4500 e medaglia d'oro del valore di L. 500.

« Una scoperta ben provata: nella cura della pellagra, o sulla natura dei miasmi e contagi, o a vantaggio della aeronautica o dell'aviazione, o sul modo di riconoscere facilmente la contraffazione di uno scritto ». Scadenza 31 dicembre 1935, ore 15. Premio di L. 2500 e medaglia d'oro del valore di L. 500.

Fondazione Luigi Devoto.

È bandito un concorso sul tema: « Contributo risolutivo su di un punto della patologia del lavoro ». Saranno ammessi soltanto i lavori pubblicati dal 1° gennaio 1934 al 31 dicembre 1935. Le opere presentate si conserveranno nella biblioteca dell'Istituto per corredo dei proferiti giudizi. Scadenza 31 dicembre 1935, ore 15. Premio L. 10.000.

Fondazione Gino Dedin.

È aperto il concorso sul tema: « Lavoro diagnostico e terapeutico sulla paralisi infantile che presenti carattere di attualità ». Sono ammessi al concorso i lavori di cittadini italiani laureati in medicina e chirurgia da oltre 5 anni dalla data della chiusura del concorso, che non siano professori di ruolo di cattedre medico-chirurgiche di Università o Istituti Superiori. Scadenza 31 dicembre 1935, ore 15. Premio L. 10.000.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Sono nominati i proff.: Piero Redaelli, ordinario di anatomia e istologia patologica a Catania; Filippo Battaglia, ordinario della stessa disciplina a Messina; Pietro Verga, ordinario della stessa disciplina a Napoli.

A primario di dermosifilopatia dell'Ospedale San Lazzaro di Torino è stato nominato, su le risultanze di pubblico concorso, il prof. Alessandro Ferrari, che copriva il posto di primario della specialità a Vercelli.

Assistenti dell'Ospedale S. Giovanni di Torino sono stati recentemente nominati i dottori Bruno Cossu, Arrigo Virando e Luigi Tabusso, primi tre classificati su tredici concorrenti nell'ultimo pubblico concorso bandito dall'Ospedale.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale di stomatologia.

Si è svolto a Bologna dal 15 al 19 aprile. La seduta inaugurale ebbe luogo il 15 aprile nell'Aula Magna dell'Archiginnasio, alla presenza di S. A. R. il Duca di Genova in rappresentanza delle LL. MM. il Re e la Regina, del cardinale Nasalli Rocca arcivescovo di Bologna e di S. E. il conte De Vecchi in rappresentanza del Governo fascista, con l'intervento di oltre trecento stomatologi rappresentanti ventisei Nazioni, nonchè di una moltitudine di scienziati e stomatologi italiani. Fra le autorità presenti erano S. E. Tassinari, S. E. l'on. Paolucci vice-presidente della Camera in rappresentanza di S. E. Ciano, il questore Guadagnini in rappresentanza di S. E. Federzoni, Presidente del Senato ecc.

Pronunciarono discorsi il podestà di Bologna; l'on. Ghigi, Magnifico Rettore dell'Università; il prof. Berretta, presidente dell'Associazione internazionale stomatologica e presidente del Congresso; l'on. Morelli per i sanitari d'Italia; il prof. Chompret, presidente onorario dell'Associazione stomatologica internazionale per i rappresentanti esteri; infine S. E. il Ministro De Vecchi, il quale, dopo aver espresso il saluto augurale e cordiale del Governo fascista, così ha continuato:

« Non mi muove una semplice se pure doverosa cortesia di ospite, ma un effettivo interesse per le discipline che saranno oggetto delle vostre discussioni.

« Il Governo fascista pone a fondamento della sua azione serrata e concreta, connaturata alla elevazione spirituale del popolo italiano, il miglioramento fisico di esso e non può non guardare con sollecitudine alle esigenze di quelle discipline che prevengono e curano le cause prime di tale e tanta parte dei mali di cui sono colpite, specialmente, le categorie del popolo operante nei campi e nelle officine. Questo interesse e questa sollecitudine sono documentate da una vigile e ferma legislazione fascista, sia in sede di riordinamento degli studi universitari nel campo stomatologico, sia in materia e disciplina della pratica professionale.

« Ciò trova del resto in Italia un precedente significativo in quella Bolla Pontificia del 18 agosto 1826 che può considerarsi fondamentale per la Vostra opera di studiosi e di professionisti, in quanto che rappresenta la prima norma emanata nel mondo moderno, per assicurare contro la ciar-

lataneria e il dilettantismo, l'esercizio scientificamente consapevole della vostra attività professionale.

Il Regime fascista, creatore di opere concrete, documenta questo interesse sopratutto per le sue moderne cliniche stomatologiche di cui Bologna vi offre un esempio ragguardevole con le sue scuole di perfezionamento, con lo stesso numero di docenti universitari e col fervore da cui sono animate le pubblicazioni scientifiche italiane sia nel campo dei contributi biologici che in quello strettamente curativo e pratico.

« Amo pensare che non senza un ideale significato questo Congresso abbia luogo in una regione dalla quale dopo tre millenni sono venuti alla luce le più antiche testimonianze di pratiche stomatologiche tramandateci da quegli etruschi che furono i fondatori primi di questa nostra Bologna, madre degli studi, e penso che sia di ottimo auspicio il fatto che i vostri lavori intorno a una delle più importanti attività della bonifica umana si svolgano nella terra di Roma, nella quale ebbe inizio la fase fondamentale della vostra attività.

« A Voi, scienziati convenuti da ogni Paese in questa terra madre, perseguendo una comune idealità di bene, a nome del Governo fascista, auguro con tutto il cuore che possano gli studi comuni e le comuni fatiche spingervi a parole e ad opere di fede in un superiore senso di solidarietà umana.

« Con questi sentimenti di pace e di amore, ispirati da una scienza che tende ad aumentare non meno che la serenità la forza dei popoli, per ordine del Capo del Governo, nel nome augusto di Sua Maestà il Re, dichiaro aperti i lavori del secondo Congresso internazionale di stomatologia ».

Terminata la cerimonia inaugurale del Congresso, S. A. R. il Duca di Genova, S. E. il cardinale Nasalli Rocca, il Ministro e tutte le autorità hanno inaugurato le annesse esposizioni della industria stomatologica e chimico-farmaceutica, delle novità stomatologiche, della produzione libraria stomatologica, dell'istrumentario, delle stampe e del libro antico di interesse stomatologico.

Il Congresso ha iniziato i suoi lavori, dopo aver inviato telegrammi di omaggio a Sua Maestà il Re e a S. E. il Capo del Governo. Dei lavori riferiremo prossimamente.

I congressisti hanno compiuto varie visite, tra cui una a Predappio, ove hanno reso un omaggio alla tomba dei genitori del Duce, e una a Ravenna, ove si rcearono alla tomba di Dante.

Il numeroso gruppo dei congressisti ungheresi ha accompagnato il dott. Hoja, capitano medico, dal podestà di Ravenna, per offrirgli, a nome del generale dott. Hortody, direttore della Sanità, un quadro raffigurante la tomba di un medico militare nella terra ravennate, il quale faceva parte delle legioni imperiali che conquistarono alla civiltà la terra di Ungheria. Il podestà ha ringraziato per il munifico dono.

29° Congresso italiano di dermatologia.

La Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia ha tenuto l'annuale Congresso in Roma. La seduta inaugurale si è svolta il 15 aprile, nell'aula della R. Clinica Dermosifilopatica, gremita di intervenuti, tra cui gli illustri stranieri proff. Marchionini di Friburgo e Callomon di Dessau.

Alla presidenza prendono posto: il prof. Tommasi di Palermo presidente della Società, i vicepresidenti proff. Arturo De Amicis di Napoli e Bertaccini di Siena, il segretario generale prof. Vincenzo Montesano di Roma, il sen. Aldo Castellani direttore della Clinica delle Malattie Tropicali, il generale medico Rizzuti per la Sanità Militare, il generale medico di Marina Falso, il prof. Labranca per la Sanità Pubblica.

Dopo la comunicazione delle numerose adesioni pervenute, tra cui notevoli quelle di illustri stranieri ed istituzioni culturali estere, accolto da vivi applausi il prof. Mariani rivolge, a nome della Società da lui presieduta, un fervido saluto alle autorità ed agli intervenuti ed un ringraziamento al prof. Bosellini per l'ospitalità accordata nella sua Clinica. Ringrazia poi particolarmente gli illustri rappresentanti della dermatologia straniera, qui intervenuti per rendere omaggio ai nostri studi ed al nostro Paese. Dopo aver commemorato con commosse parole i compianti proff. Achille Breda di Padova, Rodolfo Stanziale di Napoli e Pio Pediconi di Roma, che hanno onorato la Scuola italiana, nonchè gli illustri francesi Paul Ravaut e Charle Audry, cui rivolge un pensiero di rimpianto, l'oratore rileva che non è senza significato la coincidenza dell'inizio dell'attuale Congresso con l'apertura dei Littoriali della Cultura, poichè il fatto sta a dimostrare la perfetta aderenza della Società all'indirizzo del Regime, che va adottando la cultura italiana di una più tangibile spiritualità. L'attuale Riunione discuterà i risultati di 18 mesi di studio e di esperienze, con una rassegna di casi clinici interessanti, a carattere eminentemente pratico.

L'oratore esamina l'importanza dei temi, la cui trattazione è affidata alle Cliniche dermosifilopatiche di Siena, Milano e Palermo. Ma un altro contributo igienico sociale dovrà recare il Congresso, raccogliendo il giusto allarme partito da autorevoli soci, al grave problema della lebbra autoctona in Italia.

L'oratore si addentra a esaminare la situazione della scienza dermosifilopatica nell'era fortunata in cui viviamo, dinamica e volitiva, con le sue nuove tecniche che hanno rivoluzionato in parte anche i metodi ed i principî stessi delle scienze biologiche.

L'oratore riconosce altresì che i risultati ottenuti fin ora sono nella maggior parte frutto di migliorata coscienza igienica e sopratutto di provvidenze statali le più varie; ma è pur sempre vero che la base di questa coscienza e di queste provvidenze è fondata sulle più precise cognizioni delle malattie, sui migliorati mezzi d'indagine e di cura.

Dei lavori daremo il resoconto in un prossimo numero.

4° Congresso internazionale degli Ospedali.

Ricordiamo che il 19 maggio verrà inaugurato a Roma, nel Palazzo di Santo Spirito, il « IV Congresso internazionale degli Ospedali » e verrà aperta la « Mostra degli Ospedali Italiani ».

Il Congresso precedente, che si tenne dal 28 giugno al 3 luglio 1933 a Knocke-sur-mer (Belgio), accettò con entusiasmo l'invito, fatto dai rappresentanti del Governo fascista italiano, che il 4° Congresso si tenesse, quest'anno, a Roma. E Roma si appresta ad accogliere degnamente i medici di tutto il mondo; e non solo i rappresentanti delle varie Associazioni nazionali degli ospedali che fanno capo all'Associazione internazionale, ma anche tutti quegli enti e persone che per la loro costituzione stessa o per la loro attività di studiosi o di filan-

tropi si interessano alla più antica ed elevata forma di assistenza sanitaria e sociale.

I lavori del Congresso impiegheranno le giornate dal 19 al 26 maggio, con relazioni dei proff. Ronzani di Milano, Browulie di Edimburgo, Rudin di Monaco, Bournet di Parigi, padre Schwitalia degli Stati Uniti, Lodr di Polonia, Bauer di Zurigo, van Leen di Rotterdam, Guidi di Firenze, Kreutz di Friburgo, Sollazzo di Milano, Narkomsdraw di Mosca, Jirasch di Praga, Coovey di Dublino ecc.

La Mostra porrà in evidenza quali furono in Italia, dalle origini fino all'attuale sviluppo e ordinamento, lo spirito informatore e la pratica applicazione dell'assistenza ospedaliera. Una speciale Esposizione dimostra le attività produttrici italiane sia nel campo dell'edilizia che nella costruzione del materiale ospedaliero.

Assise italiane di medicina generale.

Le Assise Italiane di Medicina Generale, sorte allo scopo di studiare e discutere i vari argomenti di medicina, in collaborazione fra le Cliniche universitarie, gli Ospedali ed i medici pratici, sono in via di costituzione.

Promotori della nuova Associazione sono i proff. L. Zoia, U. Carpi, D. Cesa Bianchi, A. Ferrata e dott. C. Gerbi. Della Sezione Alta Italia sono consiglieri: per il Piemonte i proff. sen. Ferdinando Micheli e Angelo Ceconi; per l'Emilia i proff. G. Viola, L. Preti e P. Sisto; per la Liguria il prof. sen. N. Pende; per il Veneto il prof. A. Gasbarrini e per la Lombardia il prof. L. Villa. Per la Provincia di Torino è stato nominato segretario il prof. G. Quarelli, primario di medicina dell'Ospedale di S. Giovanni di Torino.

Il tema scelto per la prima Assise dell'Alta Italia è « L'ulcera gastrica e duodenale ». Per la discussione di tale argomento, le riunioni provinciali saranno presiedute, il 19 maggio p. v., dai relativi segretari. In queste riunioni, ogni medico, che voglia portare il suo contributo di esperienza e di osservazione, espone quanto crede utile di comunicare su tutti o su qualcuno dei punti riguardanti il tema. Chi lo preferisce, può inviare prima del 19 maggio, per iscritto, le sue note al segretario provinciale.

Di quanto viene esposto nella riunione sarà tenuta nota esatta. Ad ogni modo, sarà meglio che chi parla consegni, seduta stante, un succinto riassunto. Possono essere presentate anche tabelle, grafici, statistiche ecc. a conforto delle osservazioni fatte.

Delle osservazioni o comunicazioni fatte nella Riunione o pervenute per iscritto, i segretari provinciali invieranno una relazione al segretario generale, il quale riassumerà i vari giudizi espressi e le conclusioni che se ne possono eventualmente trarre, e passerà poi il materiale alla tipografia per la stampa del fascicolo, che verrà distribuito entro il 26 giugno p. v. per la discussione nella seduta del 7 luglio c. a., che terrà le Assise generali.

A questa riunione possono prendere parte tutti i medici ospedalieri, medici condotti e medici pratici, i segretari provinciali, i consiglieri regionali e, dietro invito, i medici e studiosi che hanno una profonda competenza nel campo dell'argomento.

Le risultanze conclusive verranno pubblicate, entro un mese dalla riunione, nel giornale « Assise Italiane di Medicina generale ».

La quota annuale per i membri effettivi delle Assise è di lire venti, con diritto all'abbonamento al periodico dell'Associazione (sei fascicoli all'anno) ed alla tessera per poter partecipare alle sedute provinciali e generali.

Congressi medici e mostre scientifiche a Bologna.

Il Podestà di Bologna, on. Manaresi, ha dedicato le sue più appassionate cure affinchè, durante il prossimo mese di ottobre, si svolgano in quella città, in coincidenza con la Mostra Internazionale del Libro di Medicina antico e moderno e con la Mostra del Materiale Sanitario, vari Congressi delle Scienze Mediche, destinati a suscitare il più vivo interessamento degli studiosi e degli scienziati.

In relazione a ciò hanno già inviato l'adesione, scegliendo Bologna come sede dei rispettivi Congressi, le Presidenze della Società Italiana di Medicina interna, di Chirurgia, di Ortopedia, di Urologia, di Oto-rino-laringologia, di Ostetricia e Ginecologia, di Medicina Sportiva, di Radiobiologia; mentre sono nel contempo assicurati il Congresso della Associazione Nazionale Fascista per l'Igiene, ed i Convegni Internazionali di Pediatria, di Radiologia Medica ed altri.

Nello stesso mese di ottobre, all'Archiginnasio, antica sede dello Studio Bolognese — dove avranno luogo le sedute inaugurali e lo svolgimento dei lavori dei Congressi — sarà allestita una imponente Mostra Internazionale del Libro di Medicina antico e moderno

La sezione del Libro antico comprenderà le opere di medicina e scienze affini, dalle origini a tutto il secolo XVII. Di grandissimo interesse per gli studiosi della storia della medicina, questa parte della esposizione adunerà opere di eccezionale valore bibliografico, fra le quali si noteranno anche molte di quelle curiosità, che costituiscono una così grande attrattiva per gli specialisti e per i bibliofili in genere.

In altra sezione sarà ordinata la Mostra Internazionale del Libro Moderno, la prima del genere che chiami a raccolta la produzione editoriale in questo campo.

Il Comitato Ordinatore ha stabilito che a tale Mostra possano partecipare tutte le opere di carattere scientifico pubblicate dal 1919 ad oggi.

Centodieci Case Editrici di ogni parte del mondo parteciperanno alla grandiosa dimostrazione.

Affinchè la Mostra costituisca una completa rassegna delle vive forze editoriali e scientifiche di ogni paese, i volumi saranno ordinati per nazioni, cosicchè lo studioso potrà avere dinanzi agli occhi un vero e proprio panorama della produzione culturale di ogni Paese.

La materia sarà ordinata secondo criteri rigorosamente sistematici; ciascuna specialità raccoglierà le opere ad essa riferentesi.

La Mostra di Bologna costituirà un'occasione eccezionale, per le Case Editrici di tutto il Mondo, di mostrare la propria produzione ai medici italiani e stranieri che converranno a Bologna in occasione dei Congressi.

A complemento delle predette manifestazioni verrà organizzata una Mostra del Materiale Sanitario, alla quale parteciperanno le Case di Prodotti Medicinali, materiale chirurgico e di arredamento ospedaliero.

La Società per gli studi della malaria.

Ha tenuto un'assemblea generale il 17 aprile, nei locali del R. Istituto d'Igiene di Roma, sotto la presidenza del sen. R. Bastianelli. Si comme-

morò il presidente defunto, S. E. Caetani. Si procedette poi all'esame di un nuovo statuto, concertato dal Consiglio direttivo; lo statuto e il bilancio sociale vennero approvati. Si lumeggiarono le azioni svolte dalla Società, sovratutto per la coordinazione delle misure profilattiche nell'Agro Pontino e nel promuovere il provvedimento di monopolizzazione del chinino, allo scopo di far aumentare i proventi dell'azienda del chinino di Stato. Si rilevò il credito crescente della « Rivista di Malariologia », che è l'organo ufficiale della Società. Si deliberò di concretare un programma d'azione per l'avvenire.

Si procedette infine alla rielezione del Consiglio direttivo, che è risultato così costituito: prof. G. Bastianelli, prof. sen. R. Bastianelli, prof. L. Ficacci, prof. B. Gosio, dott. E. Jandolo, prof. A. Labranca, prof. sen. E. Marchiafava, ing. sen. N. Prampolini, prof. sen. G. Sanarelli.

Il Laboratorio di malariologia della Sanità Pubblica.

Com'è noto, il Laboratorio di Malariologia dell'Istituto della Sanità Pubblica, già Stazione sperimentale per la lotta antimalarica, ha assunto rinomanza mondiale.

Questo Centro di studi e di ricerche è stato ed è continuamente visitato e frequentato da studiosi di tutti i Paesi. Attualmente lo è dal dott. Adelardo Indacochea, peruviano, che ha lo scopo di portare nell'America meridionale i metodi più perfezionati di lotta ed eventualmente d'istituire colà un Centro simile a quello italiano.

Il ministro del Perù in Italia, prof. José Maria Manzanilla, ha voluto visitare il Laboratorio, per rendersi conto dell'organizzazione e del funzionamento di esso.

Questo Laboratorio, che è diretto da A. Missiroli, unitamente all'Istituto di Malariologia, già Scuola superiore di malariologia, che è diretto da G. Bastianelli, continua le nostre migliori tradizioni scientifiche nel campo della malariologia.

Corsi di perfezionamento.

Il VII Corso internazionale di Alta Cultura Medica della Fondazione Tomarkin si svolgerà sotto gli auspicî dell'Università di Bruxelles durante l'Esposizione Universale dal 12 al 19 settembre 1935 ed a Spa dal 20 settembre al 2 ottobre; il corso è aggregato ufficialmente al Commissariato del Governo per l'Esposizione Universale.

Saranno trattate « Le attualità diagnostiche e terapeutiche ».

Lista ancora incompleta dei professori conferenzieri che collaboreranno:

Affezioni del sistema cardio-vascolare: J. Angyan, Pecs; V. Arnovljevic, Belgrado; V. Chini, Roma; J. Demoor, Bruxelles; C. English, Londra; A. A. Friedlaender, Friburgo; C. Frugoni, Roma; C. Heymans, Gand; J. P. Hoet, Lovanio; A. S. Hyman, New Yorch; G. Mansfeld, Pecs; C. Lian, Parigi; St. Rusnyak, Szeged; F. Schupfer, Firenze; J. Schwartzmann, Odessa; A. Weber, Bad-Nauheim; R. Wybauw, Bruxelles.

Affezioni del sangue: P. Chevalier, Parigi; L. Dautrebande, Liegi; A. Ferrata, Pavia; N. Fiessinger, Parigi; V. Friedemann, Londra; Fr. van Goidsenhoven, Lovanio; M. Hochrein, Lipsia; J. Plesch, Londra.

Cancro: M. Ascoli, Palermo; J. Bauer, Vienna; F. Blumenthal, Belgrado; V. Corulla, Barcellona; M. Cohn, Chicago; A. Dustin, Bruxelles; A. Fischer, Kobenhavn; R. Huguenin, Parigi; J. Maisin, Lovanio; J. Pelnar, Praga; C. Regaud, Parigi; P. Rondoni, Milano; Teutschlaender, Heidelberg.

Malattie tropicali e Malattie infettive: A. Besredka, Parigi; G. Cambrelin, Bruxelles; T. Hewer, Bristol; C. Levaditi, Parigi; W. Levinthal, Londra; E. Loewenstein, Vienna, C. Naeslund, Stoccolma; A. Pettersson, Stoccolma; P. Uhlenhuth, Friburgo; W. Weichardt, Wiesbaden; M. P. Weil, Parigi.

Conferenze libere e Medicina sociale: E. Bertarelli, Milano, V. Blum, Vienna; A. J. D. Cameron, Tunbridge Wells; C. Foà, Milano; A. Gasbarrini, Padova; A. Gemelli, Milano; M. de Laet, Bruxelles; M. Messerli, Losanna; P. Nolf, Bruxelles; R. Sand, Bruxelles; G. Singer, Vienna; E. Stern, Parigi; H. Strauss, Berlino.

Per informazioni particolareggiate, rivolgersi: Segreteria Fondazione Tomarkin, Facoltà di Medicina, rue aux Laines 97, Bruxelles, Belgio.

Il sen. prof. Aldo Castellani, di cui è nota l'autorità mondiale per le malattie tropicali, ha tenuto negli scorsi giorni un corso per medici militari. L'illustre scienziato ne inizierà quanto prima un altro per medici civili i quali intendano offrirsi come volontari in Africa Orientale.

Nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Padova, diretto dal prof. O. Casagrandi, avranno luogo: un corso di preparazione alla carriera di medico di bordo, nel mese di giugno (tasse complessive L. 566,30); un corso complementare d'igiene pratica per aspiranti ufficiali sanitari, dal 15 maggio, per la durata di due mesi (tassa d'iscrizione L. 500,50). Chiedere gli annunzi all'Istituto predetto.

Conferenze.

Il 13 aprile alla presenza di S. E. De Vecchi di Val Cismon, ministro dell'Educazione nazionale, ha avuto luogo in Roma, nella sede della Sapienza, una conferenza del prof. Aloysio De Castro, docente della Facoltà di medicina dell'Università di Rio de Janeiro e presidente dell'Istituto italo-brasiliano di alta cultura in Roma.

Il prof. De Castro ha trattato degli « Aspetti brasiliani della patologia tropicale », insistendo sul progresso scientifico avutosi in questi ultimi anni. Ha fatto l'elogio dell'opera del compianto professore Carlo Chagas e ha illustrato la malattia scoperta dallo scienziato (malattia di Chagas).

Si è quindi intrattenuto sull'efficace lotta combattuta contro la febbre gialla e ha reso omaggio agli scienziati Osvaldo Cruz e Clementino Fraga, ai cui sforzi sopratutto è dovuta la scomparsa da Rio de Janeiro della terribile malattia. In una successiva conferenza, il 16 aprile, ha sviluppato le nozioni concernenti la lotta contro la febbre gialla.

Il De Castro è stato latore di una pergamena dell'Accademia Brasiliana alla Reale Accademia d'Italia; egli rappresenterà ufficialmente l'Università di Rio de Janeiro all'inaugurazione della Città universitaria di Roma.

Il Ministro della Educazione nazionale conte De Vecchi di Val Cismon ha offerto, nelle sale del Circolo della caccia, un pranzo in onore dell'illustre clinico ed umanista brasiliano.

Il prof. G. B. Allaria ha parlato alla Società di Coltura e Propaganda Agraria di Torino sul tema: « Il latte per il bambino », che fa parte del Corso sulla produzione igienica del latte: ha dimostrato

l'utilità di dare ai bambini un latte puro, pulito e sano. Ha accennato ai vari sistemi di risanamento, ponendo particolarmente in rilievo i vantaggi delle Centrali del latte.

Un nuovo Sanatorio presso l'Alpe Isotta.

Il 21 aprile è stata posta ad Agrano (Omegna) la prima pietra del nuovo grande Sanatorio provinciale, i di cui lavori avranno inizio nel giugno prossimo venturo. Questa grandiosa opera troverà realizzazione, su progetto dell'ing. Peverelli, preside della provincia, nei pressi dell'Alpe Isotta, su 4000 metri quadrati di terreno, offerti dal comune di Omegna e dal cav. uff. Borrini, a circa 700 metri di altitudine, e si specchierà nel lago di Orta, in uno scenario di serena e grandiosa bellezza.

L'edificio a tre piani sarà dotato di tutti i varî e complessi servizi di disinfezione, di sale di riunione per uomini e per donne, di gabinetti radiologico, dentistico e biologico, nonchè di una capace Cappella per le pratiche religiose. Ampie e grandiose verande chiuderanno tutto in giro le camere e le corsie degli ammalati, i quali saranno ospitati fino al numero di 250. Il Sanatorio sarà infine dotato di tutti i dettami della nuova edilizia: salubre, ariosa, armoniosa e aderente ai tempi nostri.

Azioni giudiziarie.

La 2ª Sezione della Corte d'Appello di Napoli ha pronunziato la sentenza su una causa promossa dal sig. Carmine Vigilante contro due medici, Salvatore A. e Giovanni R., di un comune della Provincia. Un figlio del Vigilante, dell'età di 3 anni, era stato colpito da anuria; il dott. R. tentò di ristabilire la funzione, impedita da un calcolo, ma senza riuscirvi; il dott. A. applicò un frangicalcolo, che determinò una lesione vescicale. Questa rese necessario un intervento operatorio, eseguito in due tempi da un valente chirurgo.

L'azione di danni proposta dal padre del ragazzo contro i due medici che avevano per primi prestata l'opera loro, trasse il Tribunale ad escludere la responsabilità del dott. R. e ad affermare, viceversa, quella del dott. A.

In appello la questione è stata riesaminata sopratutto dal profilo giuridico, circa la natura e i limiti della responsabilità del sanitario. La Corte non ha esitato ad affermare che il medico deve rispondere per colpa contrattuale, poichè tra lui ed il cliente si perfeziona un contratto di locazione di opere, il quale fa obbligo di prestare la diligenza del buon padre di famiglia nell'adempimento dei doveri professionali.

Che la responsabilità medica abbia carattere speciale e che non possano sindacarsi i criteri scientifici e i metodi curativi usati, la Corte lo ha riaffermato, uniformandosi alla dominante giurisprudenza, ma ha soggiunto che, allorquando i fatti attribuiti ai medici escano dalla classe di quelli e per loro natura sono riservati ai dubbi e alle discussioni della scienza, la negligenza, la leggerezza o la ignoranza sono perfettamente valutabili per determinare la responsabilità.

« La medicina — ha osservato la Corte — la nobile professione destinata al sollievo della umanità, deve esercitarsi con capacità e coscienza », ed ha concluso che, nella specie, il dott. A. ha dato prova di grave negligenza, provocando, con l'introduzione di un ferro in organi delicati di un bambino, la lacerazione della vescica con le conseguenti gravi complicazioni. La Corte ha perciò confermato il giudizio in prima istanza.

Un giovane ingegnere, Michel Hertz, ricoverato in una casa di salute di Parigi, per la resezione di un turbinato, ricevette una iniezione d'olio canforato nella regione glutea, in seguito alla quale si sviluppò un ascesso. Egli intentò causa contro il medico capo, dott. Levillain, reclamando 100.000 franchi di danni e interessi. Il giudice istruttore nominò un perito, dott. Olivier, il quale concluse che l'ascesso poteva essere conseguenza della puntura e determinato da mancanza di asepsi da parte dell'infermiera; deponevano in tal senso lo sviluppo nel luogo dell'iniezione e alla stessa profondità (sotto-aponevrotica) e la mancanza di focolai settici nell'organismo, capaci di spiegare un'infezione secondaria; tuttavia non se ne aveva la certezza. Una contro-perizia, redatta dai dottori Basset, Duvoir e Ramadier, concluse che non poteva escludersi un vero « ascesso di fissazione », possibile malgrado le regole più accurate di asepsi. La 1ª Camera del Tribunale Civile della Senna, in mancanza di dati concreti, non ha ammesso la colpabilità dell'infermiera, ha assolto il dott. Levillain ed ha condannato la parte agente alle spese.

Onoranze alla memoria di Pestalozza.

La Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia ha diramato una circolare, per la preparazione delle onoranze alla memoria del compianto prof. sen. Ernesto Pestalozza. Essa dice:

Il sen. prof. Ernesto Pestalozza, che era rimasto fino a ieri il solo e degno rappresentante di quella eletta schiera di Maestri dell'Ostetricia Italiana, che nel 1892 promosse la instituzione della Società nostra, è improvvisamente scomparso.

Maestro veramente dell'Ostetricia e della Ginecologia italiana tutti noi Lo onorammo sempre, perchè vedemmo quanto a Lui dobbiamo del progresso che la Scienza e l'Arte nostre hanno potuto fare nell'ultimo trentennio.

All'Accademia medica di Francia, il presidente prof. Siredey, dando notizia della Sua morte agli Accademici, volle commemorarlo con alta e nobile parola, come il più eminente clinico della Ginecologia italiana.

Nel nostro XXXII Congresso, a Bologna, nell'ottobre prosimo, l'attività di Ernesto Pestalozza, come Scienziato, come Maestro e come Socio Promotore e Presidente della Società, sarà degnamente ricordata dal chiarissimo prof. Clivio, che Gli fu compagno fin dall'inizio della Sua carriera accademica.

Fin d'ora però, questa Presidenza intende preparare, in Suo onore, affettuose ed alte onoranze, fra le quali ha pensato alla possibilità ed alla opportunità della ristampa delle Sue Pubblicazioni scientifiche in un volume, che sarebbe monumento dell'alto Suo sapere, alla istituzione di una borsa di perfezionamento nella nostra Specialità, a favore dei Consoci più giovani ed alla apposizione di un ricordo marmoreo, nella Clinica di Roma, che Egli diresse ed illustrò per tanti anni.

La Presidenza della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia si è perciò costituita in Comitato ordinatore per tali onoranze, aggregandosi i proff. I. Clivio ed E. Cova ed apre una sottoscrizione fra i Consoci e fra gli estimatori di Ernesto Pestalozza, allo scopo di raccogliere i fondi necessari per la realizzazione del suo nobilissimo programma.

Prega la S. V. di voler rendere omaggio alla memoria del Maestro, partecipando a detta sottoscrizione, e, sicura del Suo consenso, La ringrazia e La saluta distintamente.

Il Comitato promotore è così composto: prof. Emilio Alfieri, presidente; proff. A. Bertino, I. Clivio, E. Cova, G. Vercesi, vice-presidenti; prof. R. Bompiani, cassiere; prof. C. Micheli, segretario.

Le quote di sottoscrizione possono essere versate nel C. C. Postale N. 1/18894, al cassiere, prof. R. Bompiani (piazza Indipendenza 6, Roma).

A proposito del limite d'età per i professori universitarî

La « Minerva Medica » del 14 aprile plaude al provvedimento suddetto; ma propone che, analogamente a ciò che si è fatto per i medici dipendenti dagli Enti pubblici, si dia un certo margine di tempo per l'attuazione di esso, così da ovviare agli inconvenienti dei moltissimi incarichi. (Nei riguardi dei medici predetti, il limite di tempo per l'applicazione è fissato al 1° luglio 1936).

Un po' dovunque.

L'E.N.I.O.S. (Ente nazionale italiano per l'organizzazione scientifica del lavoro) in qualità di Comitato nazionale, è stato incaricato dalle superiori autorità, di predisporre la partecipazione italiana al 6° Congresso internazionale, che si svolgerà a Londra, dal 15 al 20 luglio.

La 3ª Riunione europea per l'igiene mentale avrà luogo a Bruxelles alla fine di luglio del corrente anno. Saranno svolte le seguenti relazioni: 1) L'assistenza etero-famigliare ai malati di mente; 2) Punizione e coazione in famiglia e a scuola; 3) L'igiene mentale e la stampa. Non si accettano comunicazioni. Le adesioni vanno inviate al dott. Vermeylen, rue Saint Bernard, Bruxelles.

La riunione annuale della Soc. Ital. di Gastroenterologia avverrà a Roma, anzichè il 28 aprile, il 26 maggio.

Si pregano gli interessati, che ancora non l'avessero fatto, ad inviare i titoli delle comunicazioni entro il 16 maggio al segretario della Società prof. Angelo Allodi, via S. Massimo 24, Torino.

Il 12° Congresso pan-russo dei terapisti si terrà a Leningrado dal 25 al 30 maggio. Temi: « La clinica delle affezioni cardio-vascolari (classificazione, diagnosi funzionale, patogenesi dello scompenso, problemi di valutazione delle capacità di lavoro) »; « La clinica delle gastriti »; « Problemi di trattamento (trattamento delle nefriti, la terapia aspecifica, la trasfusione di sangue in clinica terapeutica ecc.) ». Soggetti fuori programma: « Problemi d'organizzazione » (l'insegnamento della medicina interna negli Istituti di medicina e negli Istituti di perfezionamento medico, struttura delle cliniche e degli ospedali, struttura e attività delle società terapeutiche).

Al congresso parteciperanno 500 delegati di tutta la Russia. Presidente ne è il prof. M. P. Kontchalovsky; vice-presidenti ne sono i proff. C. F. Lang e N. D. Srajesko.

È morto a 58 anni il prof. JOHN J. R. MACLEOD, che insieme a Banting ha scoperto l'insulina.

Dopo l'assegnazione del premio Nobel, nel 1928, egli aveva accettato un invito nella nativa Scozia, all'Università di Aberdeen, quale professore regio di fisiologia.

È morto a 71 anni l'editore J. C. LEHMANN, recentemente fatto dottore *honoris causa.*

In Nembro (Bergamo), è morto il dott. CARLO BAIZINI, notissimo nell'ambiente cattolico milanese e benemerito per la sua attività di sanitario e di filantropo, che lo ha fatto soprannominare « Il medico dei poveri »; beneficò in vita l'Ospedale Maggiore, cui donò quasi tutto il suo patrimonio, ed anche nel testamento ha voluto istituire erede universale l'Ospedale stesso.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

ANNO XLII Roma, 6 Maggio 1935 - XIII Num. 18

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE CIVILE VITTORIO EMANUELE III
SEZIONE CHIRURGICA - GORIZIA.
Direttore: Primario Prof. L. SUSSI.

A proposito dell'operazione di Neugebauer-Léfort per il prolasso dell'utero.

Prof. LUIGI SUSSI.

Scopo di questa piccola nota non è quello di descrivere un nuovo metodo di terapia chirurgica per il prolasso uterino di cui esiste già un gran numero di procedimenti più o meno buoni, ma di richiamare invece l'attenzione su un metodo ormai vecchio ma non abbastanza ancora in uso che in dati casi, secondo la mia esperienza, dà dei buoni risultati.

È noto, che le recidive di prolasso uterino dopo operazioni sono abbastanza frequenti e che nessuno dei metodi in uso ci dà un'assoluta sicurezza, indifferente perciò se si è trattato di semplice colporrafia o colpoperineoplastica, d'interposizione vescicovaginale con o senza sospensione del collo ai legamenti sacro-uterini, di escissione cuneiforme delle diverse sospensioni combinate vagino-addominali. Di più va considerato, che a prescindere dalla semplice colporrafia, si tratta sempre di interventi di una certa gravità e che comportano un grande rischio e non possono perciò esser applicati su donne vecchie debilitate e con tessuti flosci, che pur hanno diritto di esser liberate da una tale infermità.

È per tali motivi ch'io intendo fermare l'attenzione del chirurgo sull'operazione di Neugebauer-Léfort, della occlusione parziale della vagina che rappresenta un metodo alquanto semplice, il quale con minimo rischio ci permette di operare dei prolassi i più voluminosi e di ridurre anche ai minimi termini l'inconveniente della recidiva.

L'idea di tale operazione è tutt'altro che nuova. Già nel 1823 Girardin riteneva l'occlusione parziale della vagina un metodo idoneo a curare i prolassi voluminosi. Di questo argomento si occuparono più tardi Neugebauer-Léfort (1867) Léfort (1877) Fanny Berlin (1881), Andrè (1889) Taft (1889), Sanger (1898), Wyatt (1912), Cotte (1922) Brocq e Nora (1925), Althabe (1925), Aguinaga (1926), S. E. Bellas (1934). L'operazione va oggi sotto il nome di Neugebauer-Léfort, che sono stati quegli autori che hanno maggiormente contribuito all'ideazione di tale metodo operativo.

Dobbiamo tuttavia premettere, che l'operazione di Neugebauer-Léfort ha un'indicazione precisa e che perciò la sua applicazione ha dei limiti definiti. L'occlusione della vagina rende naturalmente impossibile il contatto sessuale. Ne deriva perciò che per la donna giovane l'operazione di Neugebauer-Léfort trova un'indicazione eccezionale e soltanto in quei casi in cui non è stata possibile ottenere con altri metodi la guarigione di un prolasso che è la causa diretta di grandi sofferenze. Anche per la donna che si trova attorno alla menopausa l'indicazione è relativa. Gravi sofferenze, recidiva e principalmente la mancanza di sufficiente resistenza organica per affrontare interventi maggiori sono quei dati di fatto che vanno presi in considerazione e che sono decisivi per la nostra indicazione.

Il dominio assoluto dell'operazione di Neugebauer-Léfort costituisce secondo la mia esperienza il prolasso uterino voluminoso delle donne vecchie che hanno oltrepassato il 60° anno di età. L'indicazione è per tali casi assoluta e l'operazione il metodo di scelta. Suppongo che nessun chirurgo vorrà far correre a queste donne un rischio maggiore applicando un altro dei tanti procedimenti quando esiste un'operazione semplice e sicura.

Prima di parlare dei risultati da me ottenuti credo opportuno premettere alcuni dettagli di tecnica, tanto più che nei trattati un tale metodo è di solito descritto molto lapidariamente ed in molti anche affatto.

Per quanto riguarda l'anestesia è chiaro, che trattandosi di donne vecchie e più o meno indebolite, bisogna scartare a priori tutte le forme di anestesia per inalazione, l'anestesia lombare e epidurale. Non vi esiste invece una controindicazione per l'anestesia endovenosa con l'evipan. Tale forma di anestesia è ottima perchè se ben dosata ha il pregio di essere innocua e nel contempo poco o nulla traumatizzante. Tuttavia devo far rilevare, che l'anestesia ideale per questi casi è l'anestesia locale a base di novocaina con l'aggiunta di adrenalina previa somministrazione o meno di dilaudid scopolamina. L'anestesia locale è la forma di anestesia meno dannosa, in quanto bastano pochi cc. per rendere anestetico quel rettangolo anteriore e posteriore della vagina che rappresentano il vero e proprio campo operativo. Essa è inoltre l'anestesia da preferirsi, in quanto d'una parte l'infiltrazione dei tessuti rende più facilmente scollabili i singoli strati e d'altra parte la presenza di adrenalina nel liquido anestetico ci permette di operare su tessuti quasi completamente anemizzati. dove per particolarità anatomiche si hanno di solito profuse emorragie capillari.

L'atto essenziale dell'operazione di Neugebauer-Léfort consiste nell'unione e nell'obliterazione di un rettangolo della parete anteriore e posteriore della vagina (fig. 1). La paziente si trova in posizione ginecologica solita per operazioni vaginali. Dopo aver applicato due tirapalle sul labbro anteriore e posteriore della porzione vaginale del collo dell'utero, si esercita su quest'ultimo una forte trazione in avanti e verso il sacro. Se necessario si procede all'escissione di qualche ulcera da decubito all'amputazione di un collo eventualmente elongato. Dopo di ciò si pratica a circa un pollice traverso al disopra dell'orificio cervicale un'incisione trasversale nei 2/4 mediali della parete anteriore della vagina comprendente soltanto la mucosa, incisione che viene congiunta da due tagli longitudinali in modo da formare un rettangolo che superiormente si chiude a circa tre centimetri dall'orificio uretrale. Ciò fatto si tira l'utero verso la sinfisi pubica e si escide dalla parte posteriore un analogo rettangolo (fig. 2). Il punto principale di questo primo atto è che al disopra della porzione vaginale dell'utero vi deve essere un tratto di mucosa intatta in quanto ciò serve a formare a sutura completata un canale che permetta non soltanto lo scolo del secreto uterino ma anche l'eventuale esplorazione digitale del collo attraverso i canali laterali che vanno formandosi. Perciò è evidente, che la base del rettangolo dovrà trovarsi più o meno distalmente dall'orificio uterino e conformarsi naturalmente alle dimensioni della porzione vaginale. Vale a dire per un collo piccolo il tratto di mucosa intatta sarà meno esteso di quello che dovrà esserlo per un collo più voluminoso.

Il secondo tempo dell'operazione consiste nel suturare a piani la parte cruentata cominciando dalla base verso la periferia. La sutura va fatta con catgut avendo attenzione di applicare i fili in modo tale che il nodo venga a trovarsi lateralmente (fig. 3). Con ciò si ottiene che le suture possano venir eliminate quanto prima verso l'esterno. Di tali piani di sutura distanti l'un l'altro di circa 1 ½ cm. occorrono di solito da 4 a 10 e ciò a secondo della lunghezza del tubo vaginale.

Il terzo tempo dell'operazione comprende una perineoplastica che per scopo fondamentale deve avere la sutura degli elevatori dell'ano, nell'intento di dare maggior sostegno al supporto perineale. Si termina introducendo nei due fori laterali un piccolo drenaggio e nella vescica una Pezzer (fig. 4).

Il trattamento postoperativo è molto semplice. L'ammalata rimane a letto per 10 giorni con le coscie possibilmente avvicinate. Al

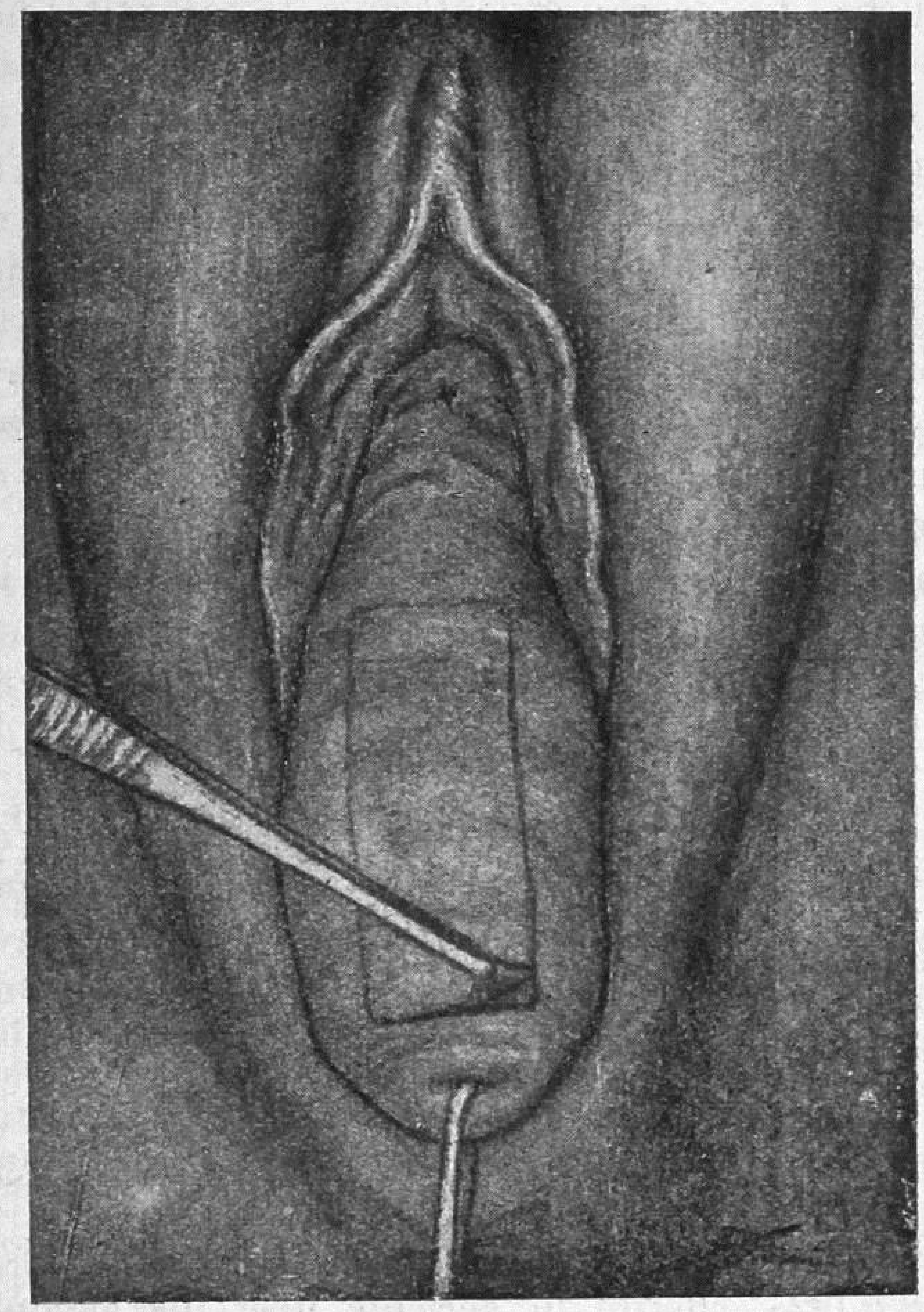


FIG. 1.

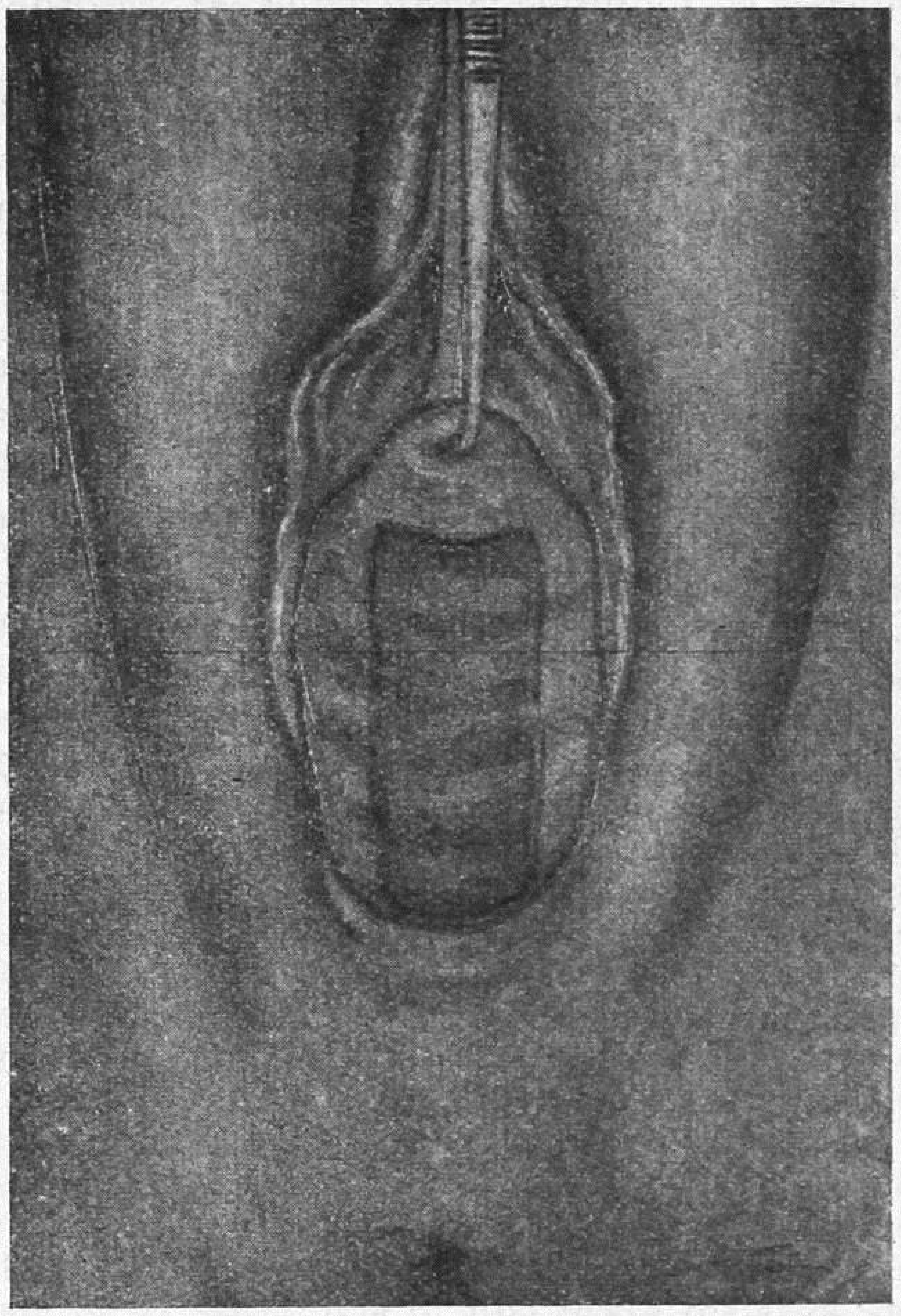


FIG. 2.

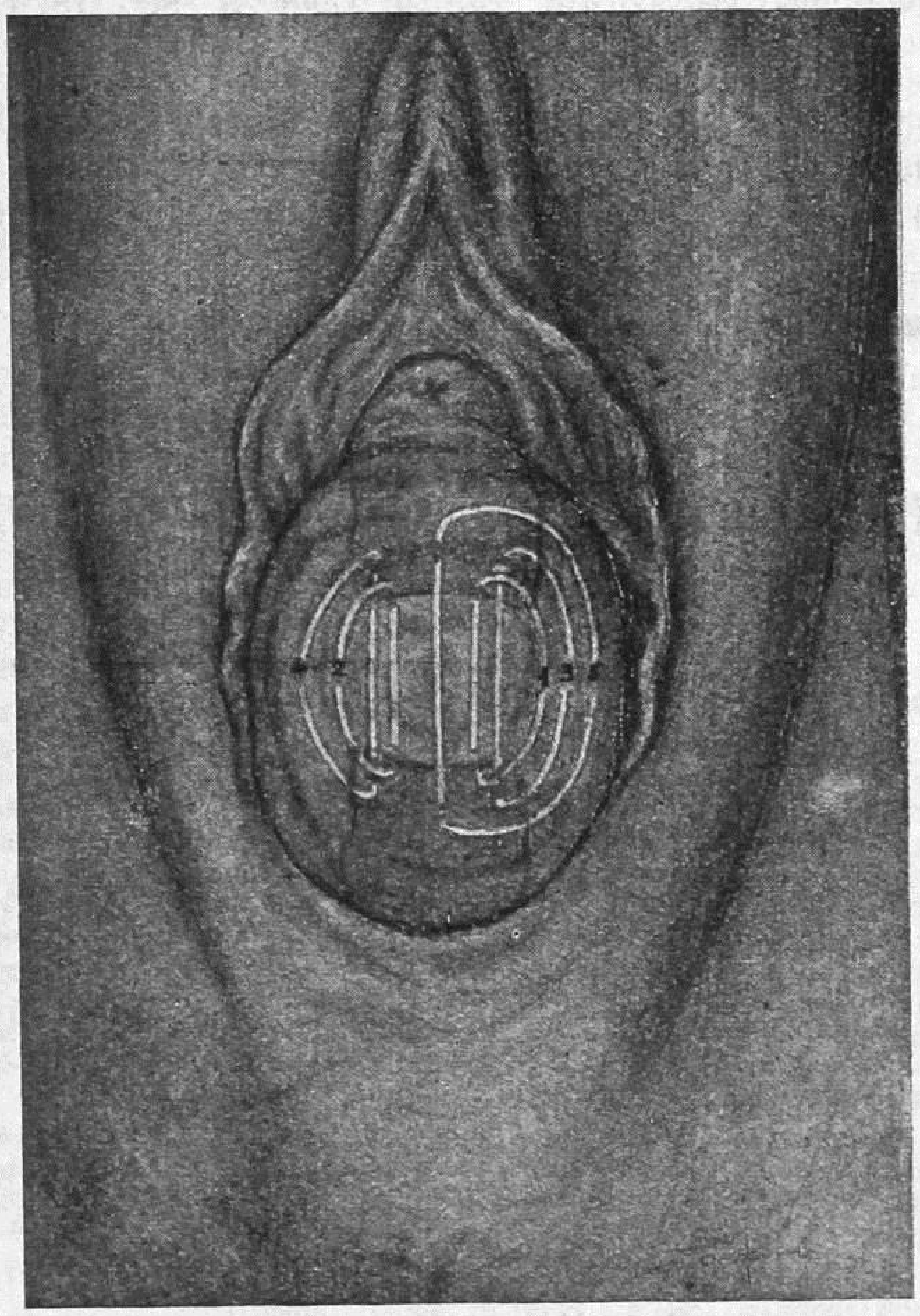


FIG. 3.

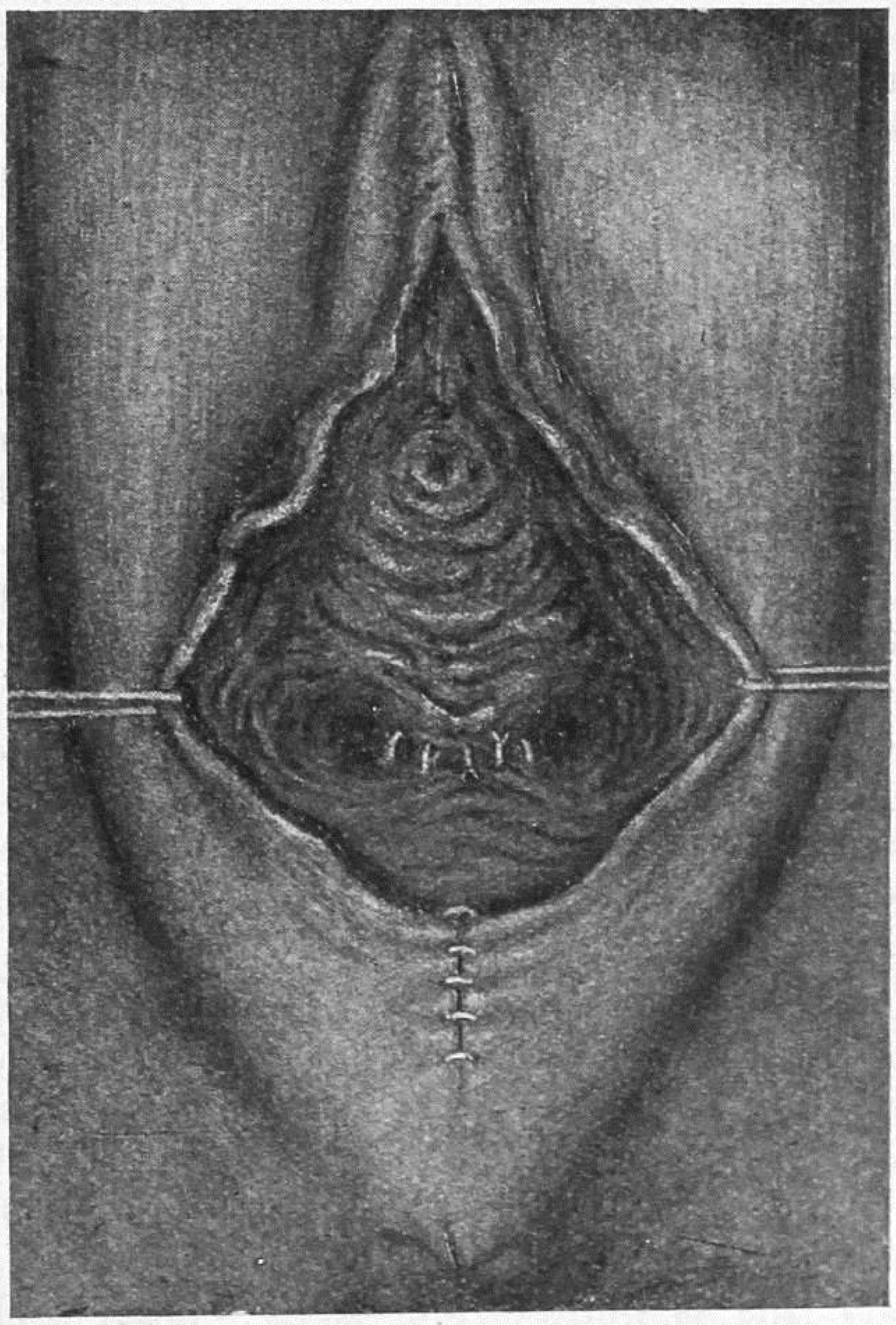


FIG. 4.

terzo giorno si leva il drenaggio e al quinto giorno si toglie la Pezzer. Al 14° giorno la paziente può considerarsi guarita. Qualora vi fosse un'abbondante perdita di secreto dai fori laterali si possono iniziare ora delle piccole irrigazioni con i soliti liquidi usati per le irrigazioni vaginali, dei quali il cuproxyl si è dimostrato alquanto efficace.

La mia esperienza personale non è certamente grande in quanto essa comporta soltanto 14 casi operati negli ultimi anni. Tuttavia i risultati ottenuti sono tanto brillanti da renderli di pubblica ragione.

Le donne sottoposte a tale operazione avevano tutte superato il 60° anno di vita. La più giovane contava 62 anni e la più vecchia 76. Per età le nostre osservazioni si dividono come segue:

Anni	Casi
62	1
63	4
64	2
66	2
70	1
71	2
72	1
76	1
totale	14

Tutti gli interventi sono stati praticati in anestesia locale. In 4 donne molto sensibili e facilmente impressionabili è stata precedentemente somministrata un'iniezione di dilaudid scopolamina. Di tali operazioni 4 sono state praticate in donne che in antecedenza avevano già subito un intervento per prolasso e dove si era prodotta una recidiva. Si trattava di 3 colporrafie anteriori e colpoperineoplastica con amputazione del collo in 2 casi e di una interposizione vescicovaginale eseguita 12 anni prima. Nelle altre 10 operazioni l'operazione è stata primitiva. In un caso si dovette escidere prima un carcinoma vaginale su base leucoplasica.

Devo notare, che il decorso postoperativo non è stato turbato da nessuna complicazione e che la guarigione è avvenuta regolarmente in un periodo medio di 12 giorni. L'esito è stato dunque ottimo sia per ciò che riguarda il reperto locale sia per ciò che concerne lo stato generale. Benefica si è dimostrata l'operazione specialmente per ciò che riguarda i disturbi urinari accusati dalle inferme vuoi incontinenza vuoi la retenzione. La minzione che in 8 casi era prima turbata e ridivenuta poi normale.

L'operazione di Neugebauer-Léfort non mantiene soltanto l'utero in buona posizione elevata, ma la obliterazione della vagina esplica anche benefico effetto sul cistocele e sul rettocele che regolarmente accompagnano il prolasso e che a lor volta sono causa di gravi disturbi. La secrezione uterina è garantita nel modo il più perfetto attraverso i fori laterali i quali permettono non solo la possibilità di irrigazioni, ma bensì anche la pratica dell'esplorazione digitale del collo dell'utero, il cui controllo è auspicato in caso di sospetta degenerazione maligna. La semplicità dell'esecuzione e la sicurezza dell'esito sono a mio avviso i due pregi maggiori. Per il prolasso voluminoso delle donne vecchie l'operazione di Neugebauer-Léfort è il metodo di elezione e soddisfa tutte le premesse per meritare in questo campo una conoscenza più larga e una applicazione più vasta.

RIASSUNTO.

L'A. riporta i risultati ottenuti in 14 casi di prolasso uterino in donne vecchie con l'operazione di Neugebauer-Léfort, ne illustra la tecnica e conclude per una più larga applicazione di tale metodo.

BIBLIOGRAFIA.

R. ALESSANDRI. Manuale di Chirurgia II/2, p. 686.

A. ALTHABE. Semana méd., vol. 32, 1925.

CH. MEYER. Soc. d'Obst. et de Gynéc. Strasbourg, 8-5-1925, riferito in Berichte über die gesamte Gynecol. und Geburtshilfe.

A. AGUINAGA. Rev. de Gyn. et d'Obstétrique du Brasil, n. 4, 1926, riferito in Gyn. et Obstétrique, vol. 18, 1928, pag. 287.

LEFORT. Bull. Gén. de Therapie, 1877.

NEUGEBAUER. Compt. rendu Acad. d. Sc., 1879, riferito in I. E. BELLAS. Am. Journ. of Surgery, XXV, 1934.

COTTE G. Lyon Chir., 1922, vol. 19.

BROCQ et NORA. Gynéc. et Obst., vol. 40, 1925.

I. E. BELLAS. Amer. Journ. of Surgery, XXV, 1934.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Clinica Medica
della R. Università di Roma
Prof. C. Frugoni, direttore.

Linfosarcomatosi addominale, a decorso acuto, febbrile, o linfogranulomatosi?

pel dott. R. Monteleone, assistente e docente.

Reputo non privo di interesse riferire intorno ad un malato occorso alla nostra osservazione nel decorso dell'anno, sia perchè trattavasi di non comune malattia, sia per i molti dubbi presentatisi al diagnostico clinico.

Un contadino, Sacr. Luigi, di anni 36, nato e residente in Tarquinia (prov. di Roma) ricorre alla nostra Clinica il 14 ottobre 1933.

Dalla precisa anamnesi che il p. riferisce, risulta che nè nei suoi ascendenti, nè nei suoi collaterali si ebbero affezioni morbose degne di rilievo. Il padre è deceduto in tarda età per malattia imprecisabile (parrebbe per affezione acuta polmonare), come pure sembra essere deceduta per polmonite la madre all'età di 50 anni. Contratto matrimonio verso i 30 anni con donna in perfetta salute, ha avuti due bambini, attualmente sani, non aborti.

Anche nell'anamnesi remota, personale, dell'infermo, non risultano fatti degni di nota: è nato a termine, da parto normale, ebbe allattamento materno, con normale sviluppo fisico e psichico, con inizio regolare per tempo sia della deambulazione che della dentizione e della loquela. Nell'ulteriore sviluppo, nell'infanzia e nell'adolescenza, non vi furono deviazioni somatiche. Dopo aver compiuto le scuole elementari, il p. ha atteso sempre al lavoro dei campi, lavoro interrotto solo dal periodo bellico. Richiamato alle armi nel 1915, prestò servizio militare fino al 1920, passando da un fronte all'altro, quasi sempre in linea, e combattendo sul Carso, sulla Bainsizza, sul Trentino. Dopo l'armistizio fu trattenuto ancora ad Insbruck, di poi a Trieste dove venne congedato per tornare sempre a Tarquinia, zona notoriamente malarica, nel cui distretto si recava a lavorare fino a quando non fu colpito dall'attuale malattia.

Di abitudini corrette, era discreto fumatore, senza mai abusare di vino, senza mai far uso di liquori. Di alimentazione piuttosto ristretta, afferma che nel vitto usualmente non entravano nè il latte nè i latticini.

Per quanto riguarda il suo passato patologico, il p. nega di aver sofferto degli abituali esantemi infantili, nè di altre affezioni, se si eccettuino ferite riportate una prima volta per pugnale, al braccio destro, sulla Bainsizza, nel 1917, per arma da fuoco nel '18 alla coscia sinistra ed alle due gambe. In modo reciso nega qualsiasi manifestazione luetica o venerea.

La malattia attuale sorprende perciò il p. in pieno benessere, in piena attività lavorativa: verso il 10 settembre — un mese circa prima dell'ingresso in Clinica — senza causa apparente, senza essere preceduta da brivido, è colpito da febbre alta, continua, che perdura da 24 a 30 ore consecutivamente, accompagnata da cospicuo malessere, da dolenzia, più che da veri dolori, lungo gli arti, da un molesto senso di peso all'epigastrio, con scarsa nausea, non da vomiti, nè da conati di vomito, non da disturbo alcuno dell'alvo. Cessata la febbre fu somministrato al p. un purgante oleoso: ebbe più scariche di materiale senza particolari caratteri. Il paziente col cessare della febbre, nel mentre rapidamente anche le altre molestie scomparivano, riprese subito il suo faticoso lavoro dei campi al quale attese per altre tre settimane senza alcuna modificazione delle sue abitudini. Verso il 20° giorno si lamenta di debolezza generale, di anoressia, e successivamente nota un lieve deperimento. L'8 ottobre in un certo relativo benessere, di nuovo insorge febbre che rapidamente diviene elevata: questa volta il nostro malato ricorre al medico che constata una temperatura ascellare di 40° assolutamente non accompagnata da sintomi localizzabili in verun organo, non seguita da sudore, non preceduta da brividi. La febbre il mattino dopo ebbe una lieve attenuazione per poi di nuovo risalire. Una adeguata terapia chininica messa in atto dal medico sembrò troncare la febbre e restituire la salute al p. perchè al terzo giorno tutta la sintomatologia cessò. Senonchè dopo due giorni di apiressia si rinnova la febbre, cresce l'astenia; all'alta temperatura si accompagna una cefalea diffusa, violenta, il malessere diviene più marcato; il p. il quale ha la sensazione di una grave malattia, decide di farsi ricoverare in Clinica, febbricitante, astenizzato, lievemente dimagrato, senza accusare alcun disturbo a carico dell'apparato respiratorio, nè dell'apparato cardiovascolare, nè della diuresi o dell'alvo.

Dal punto di vista obiettivo, osserviamo un individuo di costituzione scheletrica regolare, classificabile nella seconda combinazione morfologica del De Giovanni. Di aspetto decisamente sofferente, preferisce il decubito semiseduto. La nutrizione generale è buona. La cute umida, bruno pallida, con cospicua cianosi del volto, ai pomelli, ai prolabi, non presenta pigmentazioni abnormali; si notano due brevi cicatrici, esiti dei traumi bellici, sulla regione anteriore della coscia sinistra, altra breve cicatrice si nota nella medietà del braccio destro. Nessuna alterazione del sistema pilifero e delle unghie. La cute è sollevabile in pliche lievi, elastiche. Presente un modico pannicolo adiposo sottocutaneo. Muscoli discretamente sviluppati: leggermente ipotonici. Scheletro regolare: nulla a carico delle articolazioni. Accuratamente esaminando le stazioni ghiandolari periferiche non vi si notano ghiandole di volume apprezzabile, ciò dicasi per le regioni inguinali, come per le regioni ascellari, per le cervicali, ecc.

Polso 78, temperatura 38°, respiro 26.

Nulla all'esame del capo; la lingua si presenta piuttosto asciutta, con densa patina biancastra, con lieve arrossamento del bordo. Retrobocca lievemente arrossato; tonsille non aumentate di volume.

Collo piuttosto corto, con tiroide poco palpabile.

Torace: ampio, armonico nei suoi tre diametri, simmetrico nelle sue due metà. Appena accennate le fosse sovra e sottospinose e le interscapolo vertebrali.

Più accentuate le sottoclavicolari. Angolo del Louis pianeggiante; angolo epigastrico retto. Spazi intercostali lievemente avvallati. Indolente è ovunque la palpazione. Il fremito vocale tattile è trasmesso bene su tutto l'ambito. Alla percussione il suono è chiaro ovunque nè si notano differenze alla percussione comparata. Le basi si espandono limitatamente d'ambo i lati. Gli apici si fissano bilateralmente alla prominente: ampiezza apicale di cm. 6 d'ambo i lati. All'ascoltazione murmure diffusamente aspro, con sibili qua e là.

Cuore: all'ispezione non bozza precordiale; itto puntale visibile al bordo superiore della 6ª costa sull'emiclaveare sinistra. Non si palpano fremiti. Alla percussione non aumento del diametro trasverso nè del diametro longitudinale. All'ascoltazione i toni sono netti su tutti i focolai. Il primo alla punta accompagnato da intenso rumore di soffio avente tutti i caratteri dell'anorganicità.

Addome: all'ispezione mostrasi lievemente aumentato di volume specie nei quadranti superiori. La cicatrice ombelicale è pianeggiante. Non visibile reticolo venoso superficiale. Alla palpazione superficiale non dolenzia, nè resistenza: così pure alla palpazione profonda non si suscita resistenza pur mettendo in evidenza una dolenzia nella regione epigastrica. Alla percussione non ottusità mobile nel cavo; notevole meteorismo epigastrico.

Fegato: con la percussione si fissa il margine superiore dell'organo al V spazio: si palpa in basso nettamente il bordo inferiore a tre dita traverse dall'arco costale, sul prolungamento dell'emiclaveare destra: si segue il margine tagliente fino al prolungamento della parasternale destra ove è palpabile a due dita trasverse. La superficie nelle numerose esplorazioni fatte si mostra liscia, la consistenza piuttosto aumentata. Non si nota disformità nei singoli lobi. L'organo è perfettamente mobile con gli atti respiratori.

Milza: con la percussione il confine superiore dell'organo si fissa sulla ascellare media alla 7ª costa: si palpa il polo inferiore in basso al disotto dell'arco costale, lungo il prolungamento dell'ascellare anteriore, a tre dita. La forma dell'organo è mantenuta, la superficie è liscia, leggermente dolente alla pressione, di consistenza aumentata piuttosto duro-fibrosa; mobile, ma non troppo con i movimenti respiratori.

Sistema nervoso: assolutamente negativa ne è l'esplorazione, sia per quel che riguarda la mobilità passiva, che l'attiva, così come in ordine è la motilità riflessa e la sensibilità specifica.

Gli esami di laboratorio offrono i risultati seguenti:

Peso: kg. 57,400; Altezza: m. 1,66.

Cutireazione alla tubercolina: negativa.

Cromocitometria e morfologia del sangue: G. R.: 3.250.000; G. B.: 4800; Hb: 61; V. G.: 0,99. Granulociti neutrofili 63; eosinofili 2; basofili 0; monociti 6; linfociti 29.

Nessuna alterazione morfologica a carico della serie rossa e bianca.

Esame delle urine: aspetto torbido; colore giallo scuro; reazione acida; densità a 15° 1016; albumina presente in tracce non dosabili; glucosio assente; acetone assente; urobilina presente (tracce evidenti); pigmenti biliari tracce; emoglobina assente; indacano assente; urea 14,79 %; acido urico 0,60 %; cloruri 10,80 %.

Sedimento: abbondanti leucociti; molti cristalli di carbonato di calcio; molti epiteli delle ultime vie urinarie.

Sieroreazione di Wassermann negativa; sieroreazione di Meinike negativa; sieroreazione di Kahn negativa.

Pressione arteriosa al Riva-Rocci: Mx. 125, Mn. 65.

Intradermo e sottocutaneo reazione per l'echinococco: negative.

Ricerca del parassita malarico: negativa.

Sieroreazioni pel Tifo-Paratifo A-B Melitense: negative.

Emocultura: negativa.

Esame del succo gastrico a digiuno: Hb. presente; HCl 0,62 %; acidità totale 0,80; acido lattico assente.

Esame dell'espettorato pel bacillo di Koch: negativo.

Esame oculare: Annessi oculari normali. Congiuntive palpebrali e bulbari scarsamente irrorate. Iride regolare, ben reagenti. Nessuna alterazione del fondo.

Esame parassitologico delle feci: negativo per forme vegetanti o cisti od uova di parassiti.

Esame chimico delle feci: Weber positiva.

Esame radiografico del torace: ilo sinistro molto ampio, opaco, a limiti sfumati, ben visibili anche in proiezione laterale. Disegno polmonare nella regione sottoapicale sinistra accentuato. Cupola diaframmatica destra irregolare. Complesso primario alla base destra.

Dobbiamo far notare che gli esami precedenti vennero eseguiti, e talora più volte, a mano a mano che al laboratorio chiedevamo il necessario ausilio per le nostre supposizioni diagnostiche. Come decorso della malattia aggiungiamo che esso fu piuttosto monotono: la febbre si è mantenuta intermittente o fortemente remittente, raggiungendo talora dei massimi di 39°,5-40°. Inesorabilmente progressivo il peggioramento dello stato generale, dell'astenia, dell'anoressia, del respiro, sempre più frequente (24-26-30-32-38) e corrispondentemente accentuazione della cianosi; polso sempre più frequente, fino a 106.

Se vogliamo sintetizzare i dati che, per una esatta interpretazione del caso, a noi sembrano degni di rilievo, possiamo, in breve, dire che nel nostro paziente ancor giovane e valido, senza tare personali od ereditarie, si sviluppa un'affezione che decorre con due distinti periodi: il primo, più breve, di tre giorni, il secondo, più lungo, di venti giorni, a ciascuno dei quali corrisponde febbre alta intermittente, talora preceduta da brivido, accompagnata da astenia, dimagramento. A questo non ricco quadro anamnestico fa riscontro una altrettanto semplice obiettività, rappresentata da una epatosplenomegalia di notevole grado, in cui il predominio è piuttosto tenuto dalla milza, con organi di consistenza aumentata, non deformati, da qualche fatto bronchiale, da una lingua infeziosa. Collateralmente si aggiunga: una completa negatività delle siero e cutireazioni, l'assenza di parassiti in circolo e nelle feci, una urobilinuria, una crasi sanguigna che mostra una lieve anemia, una marcata leucopenia, con lieve aumento dei linfociti.

Interpretazione quindi non semplice del caso, fin dall'inizio dell'osservazione: il p. proveniva da località malarica, se anche malaria in Tarquinia città più non esiste, i suoi dintorni, ove il p. recavasi pel quotidiano lavoro da decine di anni, sono certamente infestati dalla malaria: febbre intermittente, brividi iniziali non rari, epatosplenomegalia, urobilinuria, leucopenia, ci hanno anzi tutto posto il quesito se di malaria non si fosse trattato, di una recidiva di malaria maligna in malarico cronico. Ma l'esame del sangue insistentemente eseguito per la ricerca di eventuali parassiti, ed effettuato sia su ordinari strisci che a goccia spessa, in tutti i classici periodi dell'accesso febbrile, mai svelarono l'esistenza in circolo di protozoi malarici. E poichè in talune forme di malaria, è notorio, specie in talune perniciose, il reperto parassitario nel sangue circolante può essere negativo, o per lo meno raramente positivo, ricorremmo anche noi, come il medico pratico del paese che per primo aveva avuto in cura il malato, al criterio ex juvantibus e somministrammo dosi terapeutiche di chinina; al contrario di quanto si era verificato all'inizio della malattia, il chinino in nulla modificò, pur con somministrazioni ripetute, l'andamento febbrile. Di infezione malarica non poteva trattarsi, a parte il fatto che nel sangue era stato constatata una linfocitosi in luogo di una monocitosi.

Nel gruppo delle infezioni acute e croniche riacutizzate, che noi abbiamo abbordato nella disamina del caso, una seconda malattia era da prendere in considerazione: la maltese, affezione molto più frequente di quanto non possa sembrare. Su di essa noi insistemmo perchè ben si confacevano una febbre apparentemente periodica, intermittente, astenizzante, accompagnata da dolenzia vaga, da splenomegalia ed epatomegalia, da leucopenia. Peraltro, le emoculture rimanevano sempre sterili, le sieroagglutinazioni sempre negative, localizzazioni tipiche da Bruce non si notavano, i dolori esistevano sì, ma erano modici, non erano rappresentati dalle artralgie, dalle mialgie violenti così caratteristiche della maltese. A questa dovemmo anche rinunziare. Così pure i ripetuti esami del sangue fecero escludere una infezione del gruppo tifico, paratifico, insorta eventualmente in un antico malarico: poteva spiegarsi così la epatosplenomegalia, la consistenza aumentata degli organi stessi, la leucopenia, la linfocitosi, la lingua, la febbre. Facevano però difetto i disturbi intestinali, mai era stata notata una roseola, lo stato generale del malato in pieno sviluppo febbrile era tutt'altro che stuporoso. Più volte ci domandammo, se non fossimo innanzi ad una forma tubercolare: ma per giungere ad una così rilevante epatosplenomegalia, avremmo dovuto essere in presenza di una tubercolosi cavitaria cronica sboccata in una degenerazione amiloidea. A parte il fatto che sintomi di amiloidosi intestinali e renali mancavano, ostava l'assoluta mancanza di fatti floridi polmonari; la negatività del reperto batteriologico dell'espettorato, il silenzio delle ripetute osservazioni radiografiche, la brevità del decorso della malattia con una anamnesi personale muta. Tutt'al più avremmo dovuto avere una miliare in un malarico cronico: ed anche per questa ipotesi negativo l'esame del torace, negativo l'esame del fondo dell'occhio.

Una forma settica generale? eventualmente con localizzazione epatica? Anzitutto faceva difetto una chiara « porta d'ingresso », non si constatava di poi una costante dolorosa in uno od in un altro organo, l'emocultura persisteva negativa, invece di leucocitosi si aveva leucopenia. La negatività di antecedenti amebiasici, la negatività del reperto delle feci per parassiti, per cisti, la mancanza della caratteristica deformazione della cupola diaframmatica, la insignificante eosinofilia (1-2 %), rappresentavano delle buone ragioni per escludere sia l'esistenza di una raccolta colliquativa epatica amebiasica, sia l'esistenza di raccolte cistiche suppurate epatiche o spleniche. Aggiungiamo che i due organi in causa, fegato e milza si erano aumentati di volume, ma lo erano non disformemente.

Poco probabile trattarsi anche di una lues: vero è che anche la lues può di frequente osservarsi, dar luogo a febbri che il più delle volte assumono carattere di febbri intermittenti, talora alte, che si prolungano per settimane e mesi, che si possono accompagnare ad astenia, a dimagramento, a leucopenia. Sifilide ereditaria epatosplenomegalica della prima infanzia non, allora sifilide sclero-gommosa degli adulti. Ed in tal caso la Wassermann, la Kahn, la Meinicke, sarebbero riuscite di certo positive, anamnesticamente qualcosa sarebbe pur venuta fuori, ed infine, obiettivamente gli organi, in specie il fegato, non si sarebbero mostrati lisci, ma bozzuti duri, il fegato sarebbe stato lobato, « ficelé ».

Non è che di passaggio opportuno accennare che di una sindrome epatosplenica del gruppo cirrosi biliare, cirrosi venosa, morbo di Banti, non è il caso. Una piletromboflebite primitiva può benissimo accompagnarsi a febbre: febbre, grossa milza, leucopenia, esistevano nel nostro malato; però non vi era storia di splenomegalia precedente, l'anemia non

era evidente, la febbre è piuttosto nelle poussées flebitiche una « febbricola », essa è appannaggio in genere della tromboflebite nel periodo delle gastrorragie e dell'ascite. Qui nulla di tutto ciò.

Non infezione acuta, non infezione cronica, non sindrome splenoepatica. Delle sindromi spleno ematiche facile è eliminare le leucemie, le anemie spleniche, l'eritremia, l'anemia perniciosa, la splenomegalia di Gaucher. Così pure analizzando la formula ematologica nessun conforto troviamo per una ipotesi di pseudoleucemia. Ed allora due sono i gruppi di malattie entro cui ragionare. Da una parte i tumori solidi del fegato e della milza, dall'altra la granulomatosi o morbo di Hodgkin. Un tumore del fegato, primitivo, può benissimo decorrere con febbre: la febbre assumere un andamento remittente od intermittente ed essere talora notevolmente alta così come nel nostro malato; il tumore primitivo del fegato ingrandisce l'organo uniformemente, facendolo aumentare di consistenza, come nel nostro caso, può accompagnarsi ad astenia grave, progrediente, a leucopenia. Mal si spiegherebbe il tumore di milza qualora non volessimo attribuirlo a pregressa malaria. D'altro canto il volume del fegato, in caso di neoplasma primitivo, rapidamente aumenterebbe, mentre noi abbiamo qui notato stazionarietà: una compartecipazione ghiandolare si presterebbe ad ambo le interpretazioni epperciò, sia in difetto che in presenza di quest'altro dato, nessuna decisione potremmo prendere.

Viceversa esiste un quadro clinico ben delineato oramai, nel quale la sindrome in esame ben potrebbe essere inclusa, ed è rappresentato dal morbo di Hodgkin, voglio alludere, non alla comune forma di linfogranulomatosi ad inizio od a sede prevalentemente periferica o mediastinica, ma a quella forma di linfogranulomatosi a localizzazione addominale esclusivamente o prevalentemente. L'essenza semeiologica di tale quadro è precisata in una chiara lezione dal Micheli in una serie di sintomi, per la maggior parte indiretti, che schematicamente si possono raggruppare nei punti seguenti.

Inizio lento e subdolo con disturbi vaghi a carico del tubo digerente: anoressia, diarrea o stipsi, timpanismo addominale con o senza dolori profondi della regione lombare e sacrale, sintomi dovuti per lo più a disturbi dell'innervazione e del transito intestinale. Nel nostro p. avevamo anoressia ostinata, l'inizio sembrava rimontare allo scoppio della febbre, perchè il p. mai si era accorto di una tumefazione degli organi ipocondriaci, vi erano dolori vaghi addominali, vi era timpanismo, vi era qualche irregolarità dell'alvo.

Febbre di durata varia, più o meno elevata, a carattere remittente od intermittente, ricorrente od ondulante. Febbre il cui significato è avvalorato dalla negatività delle sieroreazioni per i bacilli tifo paratifici e pel melitense. Nel nostro caso avevamo febbre distinta in due periodi, piuttosto alta, remittente e talora intermittente, con assoluta negatività delle sieroreazioni e delle emoculture.

Astenia, deperimento progressivo, anemia più o meno accentuata a carattere secondario, leucopenia senza eosinofilia, senza alterazione della formula leucocitaria, salvo un certo aumento relativo ed assoluto dei monociti. Nel nostro caso: l'astenia era marcata, l'anemia iniziale a carattere secondario, vi erano uno o due eosinofili per cento, senza particolarità nella formula leucocitaria, non vi era l'aumento assoluto o relativo dei monociti che nella nostra osservazione avrebbe potuto mettersi in rapporto con latente pregressa infezione malarica.

Variabile splenomegalia ed epatomegalia, subittero spesso, mai ittero da stasi. Come nel nostro caso.

Oscillazioni di volume dell'addome, della milza, del fegato, in rapporto con i periodi di ripresa e di riesacerbazione febbrile. In verità questi sintomi così preziosi noi non abbiamo avuto il tempo di metterli o meno in evidenza perchè la rapidità nel decorso del nostro p. ci ha fatto assistere solo all'evoluzione di una poussée febbrile.

Comparsa precoce o tardiva di ghiandole lisce, indolenti, di consistenza variabile in questo o quel distretto linfatico superficiale.

Prurito cutaneo intenso, ribelle, con manifestazioni maculose o papulose: la qual cosa era assolutamente assente nel nostro malato. Vero è che il Micheli aggiunge essere questo sintoma raro per l'appunto nelle forme addominali.

E se vogliamo aggiungere un altro fatto ricorderemo che il Bastai ha messo in evidenza nelle linfogranulomatosi la frequenza della negatività della cutireazione; tale reperto è stato confermato da numerosi AA. Nel nostro paziente la cutireazione, a malgrado la presenza radiografica di un complesso primario e di fatti ilari ben netti, era negativa.

Clinicamente dunque non si poteva quasi mettere in dubbio essere in presenza di una linfogranulomatosi addominale: tanto più che in 16ª-17ª giornata di degenza i dolori addominali si fanno più vivi, compare una diarrea (tre-quattro scariche quotidiane), i brividi che

segnano l'innalzarsi della temperatura sono più accentuati. D'improvviso la dolenzia ed il senso di bruciore addominale diffuso, si tramutano in vero dolore, quando più, quando meno, violento, senza una particolare fissazione. La palpazione mette in evidenza una certa difesa locale ed in breve volgere di ore, una lieve ottusità mobile nel cavo. Nel mentre si dispone per l'invio al chirurgo si eseguono alcuni esami che danno i risultati seguenti:

Urine: albumina: tracce; Peso specifico: 1016; Pigmenti biliari: tracce; Urobilina: tracce; Urea: 11,81 %; Acido urico: 0,42 %; Cloruri: 2,90 %

Nel sedimento qualche leucocito; qualche emazia; discreto numero di cilindri ialini e ialino granulosi.

Dal cavo addominale si estraggono alcuni cc. di liquido giallo citrino lievemente corpuscolato, con Rivalta positiva, con il 14 % di albumina, con 1016 di peso specifico, e nel cui esame citologico si rilevano in numero pressochè eguale linfociti e polinucleati.

Nel sangue 10.400 globuli bianchi laddove il giorno precedente erano 4200.

Inviato il p. in Clinica chirurgica per l'intervento, dato il fondato sospetto di perforazione in granuloma addominale, le gravi condizioni del p. non permettono che una piccola apertura ed una parziale esplorazione, sufficiente però per mettere in evidenza una ampia perforazione duodeno digiunale, e la percezione netta di una aumentata consistenza, diffusa del tratto esplorato. Nelle 24 ore successive fuoriesce dalla breccia laparotomica notevole quantità di liquido dapprima citrino, di poi verdastro-bruno. In terza giornata avviene l'exitus.

L'esito in perforazione è una eventualità che si può verificare nel linfogranuloma che abbia interessato il tubo gastro-enterico, però è dessa una eventualità oltremodo rara: il suo sopravvenire fece porre una qualche riserva alla diagnosi di Hodgkin addominale, riserva per una qualche infiltrazione neoplastica ripugnandoci sempre il concetto di una infezione acuta tifo o tifosimile.

Il reperto anatomo macroscopico chiariva taluni punti, ma soltanto il reperto istologico pose la definitiva parola diagnostica in così interessante caso.

Reperto anatomo patologico (prof. Guccione, dell'Istituto di Anatomia Patologica).

Stato di nutrizione scadente; cianosi del letto sottoungueale; nessuna apprezzabile modificazione dei nodi linfatici superficiali; scheletro regolare; ferita laparatomica lungo la linea alba. Rigidità cadaverica mantenuta.

Apertura del cavo addominale: anse intestinali meteoriche; sul peritoneo viscerale essudato fibrino-purulento; scarsa quantità di liquido torbido, con fiocchi di fibrina nel piccolo bacino. Il diaframma giunge al quarto spazio intercostale da ambo i lati. La milza è aderente alla cupola diaframmatica a mezzo di lacinie fibrose difficilmente distaccabili; sorpassa l'arco costale corrispondente di due dita trasverse. Il fegato, libero da aderenze, sporge oltre l'arco costale corrispondente, di due dita trasverse.

Apertura della cavità toracica: area cardiaca parzialmente scoperta; punta del cuore al quinto spazio intercostale sinistro, sul bordo superiore della la sesta costa, lungo la mammillare prolungata, scarsa quantità di liquido nelle due cavità pleuriche, con carattere di transudato.

Pericardio, cuore: nel pericardio discreta quantità di liquido citrino; cuore non aumentato di volume, la punta del cuore è formata dal ventricolo sinistro. L'epicardio si mostra ispessito per un esteso tratto. L'aorta piuttosto angusta, il ventricolo sinistro contratto. Negativo è l'esame dell'endocardio dei ventricoli e degli atri; nessuna alterazione dei veli valvolari. Il miocardio si presenta pallido, ma senza particolari alterazioni.

Polmoni: l'esame del polmone di sinistra fa notare: emorragie sottopleuriche, recenti. Le glandole dell'ilo sono tumefatte, molli, di un colorito grigio rossastro. Negativo l'esame dell'apice. All'esame della superficie di taglio si nota edema del lobo superiore ed ipostasi del lobo inferiore. Nessuna apprezzabile differenza all'esame del polmone di destra.

Milza: aumentata di volume; peso: gr. 750. La capsula è ispessita per quanto non in modo uniforme. All'esame della superficie di taglio i follicoli linfatici sono poco visibili; la polpa rossa è aumentata. Colpisce inoltre la presenza di numerosi noduli di tessuto neoformato aventi un diametro di circa un cm. e più, che si differenziano rispetto al tessuto circostante non solo per il fatto che sporgono sul piano di sezione, ma anche per il colorito meno vinoso, per la consistenza maggiore e per la netta delimitazione.

Fegato: le vie biliari sono pervie; la parete della cistifellea non è ispessita. La bile è densa, filante. Il fegato si presenta aumentato di volume e di peso (gr. 1950). La superficie per quasi tutta la sua estensione si mostra liscia e non ispessita; solo in corrispondenza della porzione alta del lobo destro, si nota una piccola tumefazione, di forma irregolarmente ovoidale, che sporge sulla superficie circostante. La consistenza del fegato è diminuita ad eccezione della sede della tumefazione ove la consistenza è aumentata. All'esame della superficie di taglio anzitutto si diagnostica facilmente che la tumefazione rilevata all'esame esterno è in rapporto con una cisti di echinococco non suppurata. Il resto del parenchima epatico non presenta alterazioni croniche, ma segni di stasi recente e lesioni degenerative del tipo dei rigonfiamento torbido: solo in tratti circoscritti il disegno è scomparso essendo l'ordinario parenchima sostituito da un tessuto di colorito grigio biancastro.

Negativo l'esame delle capsule surrenali.

Reni: in due tratti distinti della corticale del rene destro l'ordinario parenchima è sostituito da un tessuto di colorito rosso vinoso, visibile anche all'esame della superficie esterna, il quale si approfonda per breve tratto anche nel dominio della midollare. Sulla natura del tessuto si riserva il giudizio istologico, però con tutta verosimiglianza si tratta di infiltrazioni neoplastiche (metastasi). Astraendo da queste particelle nei due reni si met-

tono in evidenza solo lesioni degenerative, del tipo del rigonfiamento torbido.

I nodi linfatici mesenterici e peri-aortici, specie nella loro porzione addominale, sono tumefatti, di colorito grigiastro, uniforme, con lievi sfumature rosee, in rapporto a processi putrefattivi: lo stesso per i nodi linfatici peri-gastrici, dell'ilo del fegato, ecc. Nessun accenno a processi di necrosi nel centro di dette ghiandole.

All'esame dello stomaco: su tutta la superficie dello stomaco, a cominciare dalla regione del cardias, ed in prevalenza nel fondo, si notano numerose formazioni a borchia, di colorito grigiastro, di consistenza molle, rilevate sulla mucosa

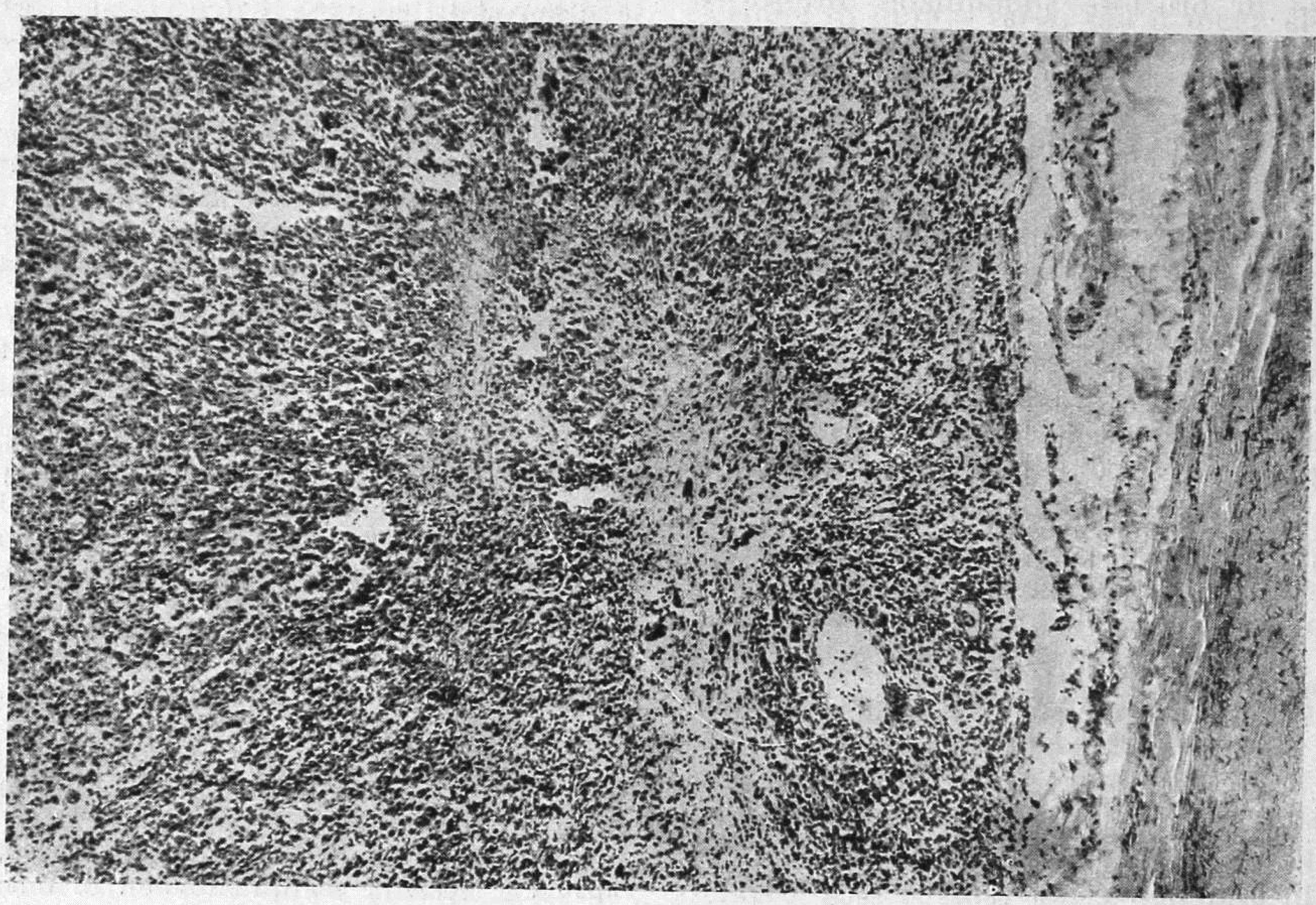


FIG. 1. — Tipica struttura linfosarcomatosa di un nodulo della parete dell'ileo (Micr. Kor. Obbiett. 3, Oc. 4 Comp.).



FIG. 2. — Tipica struttura linfosarcomatosa di un nodulo della parete del duodeno (Micr. Kor. Obbiett. 3, Oc. 4 Comp.).

circostante, degradanti nel centro. La fovea centrale è dovuta in parte a maggior tumefazione della porzione periferica, in parte ad ulcerazioni. Le lesioni raggiungono la maggior estensione al piloro, ove si rileva una ulcerazione trasversale parallela all'asse del piloro. Altre lesioni con gli stessi caratteri si ritrovano sul duodeno e nella prima porzione del digiuno. In questo anzi il tessuto neoformato è di colorito grigio nerastro in rapporto ad emorragie recenti, estesamente ulcerato, con perforazione della parete intestinale.

A tratti nelle restanti porzioni del digiuno e del tenue ed in vicinanza della valvola ileo-cecale si osservano delle chiazze brunastre lievemente rilevate sul piano della mucosa che si presenta assottigliata, atrofica. Astraendo dalle chiazze iperemiche emorragiche a circa un metro dalla valvola ileo-cecale si nota un altro nodo di tessuto neoformato, di forma rettangolare, sicuramente interessante i nodi linfatici e le placche del Payer, e così esteso da interessare tutta la sezione del tubo intestinale. È anch'esso di colorito grigiastro ed estesamente ulcerato. Nessuna lesione del genere nel grosso intestino: solo la mucosa è qui tumida e ricoperta di muco per un processo di colite catarrale.

Con riserva dell'esame istologico, si esclude trattarsi di un linfogranuloma e si pone la diagnosi di linfosarcoma a sede gastro-intestinale, con diffusione ai nodi linfatici locali, al fegato, alla milza ed al rene destro. Perforazione di uno dei noduli, avente sede nel digiuno, peritonite siero-fibrinosa, colite catarrale. Edema ed ipostasi dei due polmoni, fegato da stasi recente. Tumefazione torbida del cuore, del fegato, dei reni.

L'esame istologico delle sezioni prelevate da noduli gastrici, intestinali, splenici, renali, mostra una tipica struttura linfosarcomatosa.

Nel gruppo delle pseudoleucemie differenziato nel 1865 dal Conheim, il concetto di « linfosarcoma » vagamente delimitato dal Virchow, Lucke, Ziegler, Orth, Rindfleisch, ed altri molti, indicava quei tumori maligni, presentantisi nell'età giovane, a punto di partenza da una ghiandola dalla quale rapidamente proseguiva la diffusione nei tessuti circostanti, con metastasi in tutti gli organi e cachessia terminale. Al « linfosarcoma » Kundrat aggiunge la « linfosarcomatosi », forma che a differenza della precedente inizia non da una ghiandola, ma da molte ghiandole, oppure dai follicoli linfatici di una mucosa, o dal tessuto linfoideo, con diffusione sistematica per continuità e per metastasi linfoidee. Ed il Kundrat da come caratteri di questa « linfosarcomatosi generalizzata » lo sviluppo illimitato nel punto d'origine, la mancanza di infiltrazioni epatiche e spleniche, di alterazioni nel midollo osseo. Paltauf perfezionò con le sue osservazioni il quadro della linfosarcomatosi: in questa era possibile anche la compromissione del fegato, della milza, di altri organi, dell'intero sistema linfatico dell'organismo. Però afferma che il fegato e la milza il più delle volte non sono colpiti, ovvero in misura lieve.

Anatomopatologicamente si mette in evidenza la aggressività tutta speciale del processo per continuità: organi e tessuti vicini vengono invasi lungo le vie linfatiche ed anche sanguigna. Sedi di predilezione sono l'anello del Waldeyer, le ghiandole mediastiniche, retroperitoneali, lo stomaco e l'intestino ove si formano degli infiltrati anulari che possono facilmente ulcerarsi.

La somiglianza con talune altre forme morbose, specie con la linfogranulomatosi addominale dell'Hodgkin, è perfetta: l'Aschoff stesso, parlando del linfosarcoma a sede addominale non esita ad affermare che « in certi casi soltanto al microscopio e tenendo conto di tutta l'autopsia, si può distinguere il linfosarcoma da una malattia di Hodgkin o da una leucemia o da un granuloma sifilitico ». L'incertezza aumenta qualora si pensi che in molti casi la linfogranulomatosi assume aspetti istologici che fanno pensare più che ad un processo infiammatorio, ad un vero e proprio processo neoplastico, ad una forma morbosa che sta sul limite per così dire fra le alterazioni infiammatorie e quelle neoplastiche (Benda-Gibbons-Chiari-Meyer ecc.).

L'esame del sangue (Della Volta-Patrizi) sia morfologico che quantitativo non offre dati probativi costanti: in genere si ammette una modica leucocitosi; Naegel ha ritrovato viceversa in un caso forte leucocitosi; per molti è caratteristico il prevalere dei polinucleati neutrofili.

Il quadro è completato clinicamente da un decorso progressivo che può giungere ai due anni (in media), in genere con assoluta assenza della febbre o con qualche lieve elevazione serale. In riassunto, clinicamente i caratteri differenziali sarebbero: la spiccata aggressività del processo, la consistenza molle delle masse neoformate, la frequente localizzazione alle fauci, la rarità della splenomegalia, la scarsa tendenza a forti reazioni febbrili, l'andamento senza ondulazioni o remissioni, la mancanza di fenomeni tossici a carico della cute.

Se riandiamo ad i singoli sintomi presentati dal nostro malato, constatiamo che il loro comportamento è stato quasi del tutto l'opposto di quanto ci dicono i classici dal punto di vista clinico: si direbbe quasi che come esistono le forme di linfosarcomatosi anatomo istologicamente intermedie fra le neoplastiche e le infiammatorie, la nostra osservazione ci mostra un caso che clinicamente è da ritenersi « a ponte » fra le linfogranulomatosi addominali e le linfosarcomatosi.

RIASSUNTO.

Descrivesi un non comune caso — clinicamente ed anatomo patologicamente — di linfo-

sarcomatosi sistematica, esclusivamente addominale, a decorso acuto (45 giorni) altamente febbrile. Si traccia il difficile diagnostico differenziale, specialmente con la linfogranulomatosi addominale alla quale l'osservazione clinica più somiglia.

BIBLIOGRAFIA.

I fatti più importanti si ritrovano nelle seguenti opere:

BUTTINO DIEGO. *Linfogranulomi.* Torino, Edit. Enrico Schioppo, 1919.

CASTEX MARIANO. *Linfogranulomatosis de Paltauf ecc.* La Prensa Medica Argentina, Buenos Ayres, 10 luglio 1929.

CECONI ANGELO. *Linfogranuloma.* Minerva Medica, 1926, n. 4.

DALLA VOLTA A., PATRIZI C. *La linfogranulomatosi maligna. Malattia di Hodgkin-Sternberg.* Vallardi, ed., 1926.

G. DI GUGLIELMO. Trattato italiano di Medicina Interna. Soc. Editrice Libraria, Milano, 1931.

FRUGONI CESARE. *Lezioni di Clinica medica.* Edit. Luigi Pozzi, Roma, 1934.

MANARA MICHELE. *Forme di linfogranulomatosi di difficile diagnosi.* Archivi di biologia, n. 5, 1926.

MICHELI F. *Sulla linfogranulomatosi addominale.* Minerva Medica, 1922, n. 22..

SUSSIG L. *Zur Kenntnis der Intestinalen Form der Lymphogranulomatose.* Medizinische Klinik, 1924, n. 13.

TRENTI ENRICO. *Il linfogranuloma maligno.* Luigi Pozzi, ed., 1925.

RIVISTE

Sulla patogenesi dell'ulcera gastro-duodenale.

Dott. ARCANGELO CREAZZO - Bologna

La patogenesi dell'ulcera gastro-duodenale è un argomento ancora molto discusso e che è sempre di attualità, sia per i riflessi pratici che esso presenta nei riguardi della terapia medica e chirurgica, sia per la necessità di ulteriori osservazioni sui malati e di ulteriori indagini di chimica biologica.

L'ulcera è una malattia periodica, la quale ha recrudescenze di una durata limitata e può guarire spontaneamente; ma vi è anche una fase stabile dell'ulcera, che non tende alla guarigione spontanea. I fattori che sono stati invocati per spiegarne il meccanismo di produzione sono molteplici, ma riassumerò i principali, senza fare una esposizione scolastica; riferirò, da ultimo, le mie osservazioni condotte sui malati.

Oggi, generalmente, non si crede più all'importanza che si dava all'iperacidità e all'ipersecrezione come fattore causale dell'ulcera, perchè l'acidità del contenuto gastrico è stata riconosciuta insufficiente a spiegarne la formazione, essendo l'iperacidità un sintomo concomitante dell'ulcera, che ne aggrava il decorso, ma che può anche mancare, mentre, quando esiste, essa può essere l'indizio di una alterazione dell'equilibrio acido-basico del sangue.

Anche la teoria microbica delle ulceri gastro-duodenali è oggi quasi del tutto abbandonata; nè vale a rimetterla in credito la teoria dei « foci » di infezione di Rosenow, secondo il quale A. focolai infettivi paradentali, delle labbra, delle amigdale ecc., provocherebbero, per via ematogena, l'insorgenza di lesioni gastriche di natura ulcerosa. La maggior parte degli AA. sono ora propensi a considerare l'infezione della superficie ulcerosa come un fatto secondario.

Nè l'invocata deficienza di vitamine e specialmente di vitamine B e C, per riferirci ancora agli AA. Americani, è sufficiente a spiegare una presunta scarsa resistenza della parete gastro-duodenale e quindi la patogenesi dell'ulcera, come vorrebbero Harris e Mc. Carrison; nè la teoria è documentata dai fatti, perchè nell'ulceroso non è stata dimostrata una carenza vitaminica.

Si sa, invece, che l'ulcera gastro-duodenale è spesso una affezione familiare ereditaria, che colpisce, di preferenza, gli individui di un determinato abito costituzionale: soggetti astenici, longilinei, con una spiccata labilità del sistema nervoso autonomo e con predominio di fatti di ipertonia vagale. L'ulcera spesso non è unica, ma si tratta di ulceri recidivanti, che guariscono e periodicamente si riproducono, con l'insorgenza di nuove ulceri, alcune delle quali rimangono superficiali sulla mucosa, o al più si approfondano nella sottomucosa, per poi facilmente e abbastanza rapidamente cicatrizzare, mentre altre si approfondono anche nella tunica muscolare e cronicizzano senza tendenza alla guarigione spontanea. Nella malattia ulcerosa, quindi, le lesioni anatomiche sarebbero l'espressione di uno stato morboso generale, con spiccata cronicità e periodicità, anche stagionale, di decorso.

Già nel 1921 E. Palie affermava che l'ulcera gastro-duodenale è determinata da un metabolismo difettoso dei sali inorganici alcalino-terrosi, dei carbonati e dei fosfati uniti al calcio e al magnesio (con manifestazioni di fosfaturia), in conseguenza di un perturbamento della funzione paratiroidea.

Il problema dei rapporti fra calcio e ormone paratiroideo è ancora oscuro: si sa che le paratiroidi regolano il metabolismo del calcio: esse cioè manterrebbero normale il quantitativo di calcio nel sangue e nei tessuti, mobilizzando il calcio delle ossa e utilizzando il calcio alimentare. Si sa che l'eccesso di ormone paratiroideo produce ipercalcemia, ma senza alterare le ossa se la dieta è ricca di calcio; anzi, se la dieta è ricca di calcio e si somministrano alte dosi di paratormone, si può osservare un arricchimento di calcio nelle ossa; mentre, invece, se la dieta è povera di calcio lo scheletro si decalcifica (Carlo Foà). Secondo P. Bastai e G. C. Dogliotti, le para-

tiroidi debbono anche essere considerate come un organo regolatore del sistema nervoso vegetativo.

Vediamo ora quello che dicono i chirurgi: secondo Gino Baggio il meccanismo per il quale si produce un'ulcera dello stomaco è da ricercare nella disfunzione esplicantesi con un eccesso di funzione secretiva e di funzione motoria. Però questa è la constatazione di un fatto, cioè di una ipersecrezione e di una ipermotilità, un fatto digestivo-meccanico, ma non è una spiegazione patogenetica, perchè non ci dice per quale motivo avvenga questa ipersecrezione e questa ipermotilità, non spiega, cioè, la causa di questi due fenomeni; che se poi si vuole invocare quel meccanismo ordinatore che è il sistema nervoso autonomo e vegetativo non si fa allora che spostare il problema, perchè non ci si dice per quale causa ciò avvenga. Nè vale affermare che per guarire l'ulcera di uno stomaco ulceroso, in quanto disfunzionante, se non si riesce a regolare la disfunzione bisogna asportare lo stomaco, perchè asportato lo stomaco l'ulcera si può riprodurre nell'intestino, essendo la malattia ulcerosa una affezione morbosa che interessa tutto l'organismo e non una malattia del solo stomaco; essa è un'affezione costituzionale, in cui si ha un turbato equilibrio acido-basico del sangue, con tendenza all'acidosi, una alterazione del metabolismo del calcio, sotto la forma di una ipocalcemia e una alterazione del ricambio colesterinico con ipocolesterinemia. Non basta quindi avere di mira lo stomaco ulceroso, ma dobbiamo considerare l'organismo ulceroso.

Dalla cura chirurgica dell'ulcera gastro-duodenale, che però, in alcuni casi, ha una precisa indicazione sintomatica, oppure che è richiesta d'urgenza, non sono pochi gli inconvenienti tardivi. Cito col De Gironcoli gli inconvenienti più, o meno tardivi dei gastro-entero-stomizzati (rigurgito, circolo vizioso, invaginamento delle anse, ulcera peptica), perciò molti chirurgi ricorrono alla gastrectomia, resecando ampiamente; ma anche in questi casi gli operati rimangono dei minorati. Tuttavia la gastro-enterostomia, se non guarisce l'ulcera, può essere di grande sollievo al malato, e nelle ulceri duodenali essa sarebbe il procedimento chirurgico di scelta. Nelle ulceri gastriche, invece, le gastrectomie danno i migliori risultati senza, però, impedire la possibile riproduzione dell'ulcera.

È nota la frequenza dell'ulcera peptica postoperatoria; nella maggior parte dei casi queste ulceri sono secondarie ad una pregressa gastro-enterostomia per ulcera duodenale; ma anche con una larga resezione gastro-piloro-duodenale, benchè l'evenienza sia più rara, si possono osservare delle ulceri postoperatorie.

Allora i chirurgi hanno esteso il loro campo di lavoro e Solieri, prima, poi Leotta e Paolucci hanno cominciato a parlare delle sindromi associate dell'addome destro, con una concezione patogenetica e clinica che abbraccia l'appendice, il duodeno, la cistifellea e da ultimo anche il pancreas; per cui l'ulcera non sarebbe mai una lesione isolata, ma associata a lesioni infiammatorie coesistenti e preesistenti dell'appendice e di altri organi dell'addome destro, al cui insieme Sante Solieri ha dato il nome di « *Sintonia patologica dell'addome destro* » e che Nicola Leotta chiama « *Sindrome addominale destra* ».

Secondo il Solieri sono forme di sintonia patologica dell'addome destro quelle forme in cui si ha un'appendicite cronica associata ad un'ulcera piloro-duodenale, in soggetti con un disquilibrio del sistema neuro-vegetativo e principalmente con una ipertonia del vago; in questi casi egli consiglia l'appendicectomia, ritenendo che l'appendice cronicamente infiammata costituisca il punto di partenza e lo stimolo periodico dei disturbi gastro-duodenali.

Secondo il Leotta la sindrome addominale destra è una lesione di natura infiammatoria, dipendente patogeneticamente e conseguente alle lesioni infiammatorie stesse dell'appendice, o degli altri organi dell'addome destro; egli, per ciò, all'intervento sullo stomaco, associa anche l'appendicectomia e la viscerolisi del colon destro, ritenendo che l'ulcera è sempre accompagnata a quel complesso di lesioni che costituiscono la sindrome addominale destra. E Raffaele Paolucci dice che in tutte le malattie ulcerose dello stomaco è opportuno togliere l'appendice e che tale intervento operatorio è obbligatorio in quelle a sintomatologia atipica.

Il Leotta afferma che i cattivi risultati della cura chirurgica, qualunque essa sia, fin'ora applicata per l'ulcera gastro-duodenale, sono la conseguenza delle errate concezioni patogenetiche, anatomopatologiche e cliniche, esistenti sull'ulcera. Egli riconosce, insomma, che qualunque sia il tipo di intervento chirurgico applicato, dopo un periodo talora brevissimo, talora più o meno lungo, un gran numero di operati per ulcera ritorna a soffrire, o come prima, per disturbi simili a quelli per i quali era stata fatta l'operazione, o peggio di prima per disturbi ancora più gravi.

Ad ovviare a questi incovenienti, secondo il Leotta, è necessario associare sempre al trattamento dell'ulcera il trattamento delle concomitanti lesioni flogistiche della sindrome addominale destra, rimuovendo tutti i focolai flogistici extra gastro-duodenali.

Ad ogni modo, anche l'intervento chirurgico deve essere seguito, oltre che preceduto, da un periodo di cura medica sufficientemente prolungata e da parecchi mesi di cura dietetica, per diminuire la possibilità che poi insorga un'ulcera peptica.

Viste le osservazioni dei chirurgi, le loro concezioni patogenetiche e i loro successi e insuccessi operatori, parliamo di un'ultima teoria patogenetica, che in questi ultimi anni si

è sviluppata in relazione alle moderne concezioni sulla anafilassi e che è venuta ad acquistare sempre maggior credito.

La possibilità che l'allergia sia la causa di un'ulcera peptica non è nuova nella letteratura e già nel 1923 Cesaris-Demel aveva interpretato l'ulcera peptica come un fenomeno di anafilassi locale, paragonabile alle classiche lesioni cutanee del fenomeno di Arthus, simile, cioè, almeno all'inizio, al ponfo da orticaria, così che all'iperemia della mucosa succederebbe la flogosi e infine la necrosi della mucosa e quindi l'ulcera. La teoria anafilattica appartiene quasi esclusivamente alla Scuola italiana e secondo questa teoria, oggi estesa e aggiornata, tali lesioni ulcerose dello stomaco e dell'intestino, dal punto di vista patogenetico, non devono essere considerate come l'esponente di fatti anafilattici locali, ma bensì il risultato di una sensibilizzazione generale, la quale determina elettivamente delle lesioni sulla mucosa dello stomaco e dell'intestino, analoghe alle lesioni cutanee e di altre mucose, lesioni che sono il punto di partenza di una flogosi e poi di una necrosi delimitata, con perdita di sostanza più o meno estesa in profondità. Naturalmente l'agente anafilattico sensibilizza più facilmente un organismo costituzionalmente ed ereditariamente predisposto, con una particolare instabilità dell'equilibrio neuro-vegetativo.

Prospettata la teoria anafilattogena dell'ulcera gastro-duodenale, come una manifestazione locale di un fenomeno anafilattico generale, si presenta l'utilità di una terapia desensibilizzante del supposto allergene; oppure la terapia sarà indirizzata contro lo stato anafilattico in genere; poi si vedrà di correggere le condizioni morbose che ne sono la conseguenza, essendo i mezzi terapeutici dipendenti dalla interpretazione patogenetica.

Numerosi casi clinici convalidano la teoria anafilattica e fanno supporre che l'allergia rappresenti il fattore eziologico principale dell'ulcera gastro-duodenale. Sono note, infatti, le frequenti recidive dell'ulcera dopo l'operazione: vi sono dei casi di ulcera perforata, curata con l'affondamento dell'ulcera e con la gastroenterostomia posteriore, che dopo un anno si riproducono con la perforazione di un'ulcera digiunale, la quale viene di nuovo operata e affondata; ma dopo un altro anno il soggetto viene colto, per la terza volta, purtroppo, da una nuova perforazione di ulcera digiunale. Sono casi tragici, fortunatamente rari, ma meno rari di quello che si possa pensare, i quali dimostrano che, persistendo la causa ulcerogena, ogni intervento chirurgico risulta insufficiente.

Spesso si riscontra un rapporto diretto fra la somministrazione di alcuni cibi e l'insorgenza dei sintomi ulcerosi; è un rapporto che io posso affermare di avere riscontrato più volte nettissimo per il cioccolato, e ho veduta insorgere la sintomatologia ulcerosa, anche dopo una remissione dei disturbi che durava da parecchi mesi, ogni volta che un dato individuo, affetto da ulcera duodenale, radiologicamente accertata, mangiava del cioccolato; anzi il quadro sintomatologico si aggravava ancora di più se somministravo dell'altro cioccolato; mentre la sintomatologia non insorgeva se quell'individuo mangiava dei cibi comunemente detti indigesti. Alla sindrome gastrica si associava anche una sindrome cardiaca, rappresentata da un'aritmia extrasistolica e da una tachicardia sinusale che durava alcuni giorni.

Spesso in questi casi vi è una storia di afte della bocca, di orticaria, di eczemi. Le reazioni cutanee sono positive circa nel 40 % dei casi, per quelle stesse sostanze che, prese per bocca, sono capaci di far risorgere i disturbi.

La teoria anafilattica non esclude, anzi riconosce il valore delle relazioni nervose nella produzione delle ulceri, e Benedetto Schiassi ha, pertanto, ideato un trattamento chirurgico che consiste nel tagliare i nervi della porzione gastro-pilorica dello stomaco e nel legare l'arteria pilorica ed eventualmente la coronaria stomacica sinistra. La concezione neurogena nella eziologia della lesione è ora sostenuta anche da H. Cushing; ma sarebbe erroneo di voler affermare che si tratta di una affezione puramente nervosa, dipendente da una eccitabiltà psichica e vasomotoria, come sarebbe l'angiospasmo che v. Bergmann voleva fosse responsabile della produzione dell'ulcera.

Si suole ammettere il concorso di cause occasionali differenti e numerose nella produzione delle ulceri gastro-duodenali, ma le stesse cause non producono delle ulceri senza una causa determinante che consiste in una speciale sensibilizzazione dello stomaco e del duodeno, o di altra porzione del tenue. Per ciò ora si parla di uno stato ulceroso, in quanto si considera l'ulcera come un sintomo di un particolare stato costituzionale, anafilattico, acidosico, che non è sempre caratterizzato da alterazioni materiali valutabili e che non può essere modificato dall'intervento operatorio.

Balint nel 1927 aveva emessa, per la prima volta, la teoria acidotica e disse di avere osservato come negli ulcerosi il pH sanguigno presenti spesso valori più bassi del normale. Tale stato di acidosi ha importanza nella terapia, per l'alcalinizzazione dell'organismo (Le Noir, Richet, De Fossey e G. Perini).

Dalle mie osservazioni, fatte su numerosi casi di ulcera gastro-duodenale, risulta che somministrando a questi infermi delle bevande acide come cremore di tartaro, o tamarindo, la sintomatologia clinica presenta un evidente peggioramento, il quale consiste specialmente in un aumento dei dolori, delle eruttazioni e dello spasmo pilorico.

Nelle mie osservazioni su numerosi malati di ulcera gastro-duodenale ho notato — e non mi risulta che la cosa fin'ora sia stata osservata da altri — che questi malati presentano spesso

delle ulceri o aphtae buccali. Si tratta di piccole ulcerazioni della grandezza da un grano di miglio ad una lenticchia, o più, di forma ovale, meno frequentemente rotonde, di un colorito bianco perlaceo, dovuto a un essudato fibrinoso che ricopre l'epitelio necrotico; sono circondate da un alone infiammatorio e sono molto dolenti al contatto; insorgono sulla mucosa delle guancie, più spesso in prossimità delle labbra, o nel solco labio gengivale, o sul pavimento della lingua e sul frenulo linguale, o sul palato, con una reazione infiammatoria anche della ghiandola sottomascellare corrispondente, la quale è ingrossata e dolente.

Queste ulcerazioni insorgono nei soggetti predisposti, dopo la ingestione di alcuni cibi anafilattizzanti, specialmente dopo che hanno mangiato del cioccolato, dei formaggi fermentati, certe carni sopratutto di maiale, dopo l'uso di certe droghe, salse, conserve, e di alcune qualità di frutta, specialmente le noci, le mandorle, i fichi, i datteri. Le ulceri possono essere uniche, ma più spesso sono multiple, isolate, o confluenti e sono quasi sempre presenti i segni di una leggera stomatite; come nello stomaco, quando vi è un'ulcera, c'è quasi sempre la presenza di una gastrite secondaria.

Dalle mie osservazioni risulta che queste ulceri della bocca insorgono più facilmente in soggetti che soffrono, o hanno sofferto di malattie dell'intestino a carattere infiammatorio. Ho osservato, sopratutto, che queste ulcerazioni insorgono con molta frequenza in individui affetti da ulcera gastro-duodenale e che la loro insorgenza è periodica, come è periodica la malattia ulcerosa. Durante le riacutizzazioni periodiche della malattia ulcerosa gastro-duodenale le ulceri della bocca mancano difficilmente, mentre, al contrario, si può riscontrare insorgenza e la presenza di ulceri nella bocca senza disturbi subbiettivi concomitanti a carico dello stomaco o dell'intestino.

Ho osservato che queste ulceri della bocca si ingrandiscono in estensione e in profondità somministrando al paziente degli acidi, come l'acido fenilchinolincarbonico (atophan), il cremore di tartaro, che è un tartrato acido di potassio, il tamarindo. Probabilmente ciò avviene perchè, come le ulceri gastro-duodenali, anche queste ulceri buccali sono in rapporto con uno stato di acidosi; mentre ho osservato che anche alle ulceri della bocca può giovare, per via gastrica, o per via parenterale, l'uso di sostanze alcaline.

Ma v'è di più, queste ulceri possono insorgere anche lungo l'esofago e dare una sintomatologia dolorosa, e ciò sarebbe confermato dal fatto che il paziente il quale ha delle ulcerazioni in bocca, può avvertire la stessa sensazione dolorosa anche nell'esofago, durante la deglutizione, con fenomeni di esofagite.

E ancora, si possono localizzare anche presso l'imboccatura del cardias, e io ho studiato, infatti, un paziente che andava soggetto a ulceri della bocca e che aveva un'ulcera duodenale radiologicamente accertata, il quale, per una quindicina di giorni, ebbe una sensazione dolorosa, del tutto uguale e quella ricordata, in corrispondenza dell'epigastrio ogni qualvolta ingeriva dei liquidi, nel momento stesso in cui egli avvertiva che penetravano nello stomaco, mentre l'identica sensazione si ripeteva appena aveva finito di bere, quando cioè il cardias inizialmente si distendeva e quando poi afflosciava le sue pareti sopra se stesse. In questo caso, la sensazione dolorosa provocata dai liquidi, se il paziente è attento e intelligente, è assai più netta e precisa di quella troppo confusa che può essere data dal bolo alimentare.

Ritengo pertanto, che le ulceri della bocca, dell'esofago e del cardias abbiano in comune con la malattia ulcerosa dello stomaco e dell'intestino lo stesso fattore tossico-anafilattico e la stessa patogenesi, anzi ritengo che esse altro non siano che una manifestazione della unica malattia ulcerosa, nel cui quadro rientrano anche queste ulceri buccali ed esofagee, che cicatrizzano e che periodicamente si riproducono, come possono cicatrizzare e periodicamente riprodursi le ulceri dello stomaco e del duodeno e l'ulcera peptica del digiuno, che può insorgere dopo una gastroenterostomia.

La letteratura italiana e straniera sulle ulceri buccali è quasi del tutto muta; forse si è ritenuto fin'ora che queste piccole ulceri non rappresentassero altro che una stomatite banale, senza importanza e senza apparenti conseguenze, per ciò su di esse non viene neppure interrogato il malato, raramente furono studiate e non hanno formato oggetto di lavori originali.

La mia osservazione è così semplice che mi sembra strano di non averla mai letta nella letteratura, essa, ad ogni modo, porta un contributo alla teoria anafilattica sulla patogenesi dell'ulcera gastro-duodenale e mi sembra che segni un indirizzo alla terapia, più alla terapia medica del terreno costituzionale, che alla terapia chirurgica dell'ulcera gastro-duodenale, la quale in alcuni casi è semplicemente palliativa.

Mi auguro che coloro cui non manca la ricchezza dei mezzi di osservazione e che hanno a disposizione le indagini del laboratorio, vogliano riesaminare e approfondire il problema sopra un più esteso materiale clinico, per verificare la teoria patogenetica dell'anafilassi generale con insorgenza di ulceri della bocca, unificate nel quadro della malattia ulcerosa.

RIASSUNTO.

L'A. dopo avere passate in rassegna e discusse le principali teorie patogenetiche dell'ulcera gastro-duodenale, anche dal punto di vista chirurgico, studia e approfondisce la teoria anafilattica specialmente in rapporto alle ulcerazioni buccali, che frequentemente egli ha osservato negli ulcerosi dello stomaco e dell'intestino, e conclude per uno stato di anafilassi generale, di cui le ulceri della bocca, dell'esofago, dello stomaco e dell'intestino

non sono che manifestazioni nel quadro di un'unica malattia ulcerosa.

BIBLIOGRAFIA.

KERN R. A. e STEWART S. G. The Journal of Allergy, novembre 1931, n. 1.

CESA-BIANCHI D. *La terapia medica dell'ulcera gastrica.* Rassegna Clinico-Scientifica dell'Istituto Biochimico Italiano, n. 11, 15 novembre 1931-X.

MESSINI M. *La terapia dell'ulcera gastrica e duodenale.* Le Forze Sanitarie, anno I, n. 2-3, 1932-X.

ALESSANDRI R. *Patogenesi e trattamento dell'ulcera peptica postoperatoria.* Bruxelles Médical, 22 maggio 1932, n. 30.

PALIE E. *La fosfaturia e le sue conseguenze e i suoi rapporti con l'ulcera gastrica.* Le Siècle Médical, 15 aprile 1933.

MANGINELLI L. *Il trattamento medico dell'ulcera gastrica e duodenale.* Rassegna Clinico-Scientifica dell'Istituto Biochimico Italiano, n. 7, 8, 9 dell'anno 1933-XI.

PUCCINELLI V. *Le ulceri gastriche e duodenali e il loro trattamento chirurgico.* Il Policlinico, Sezione Pratica, 21 agosto 1933-XI, n. 34.

ALLODI A. e GAGNA F. *Sulla terapia medica dell'ulcera gastrica e duodenale.* Le Forze Sanitarie, anno II, n. 27, 1933-XI.

LEOTTA N. *Genesi dei cattivi risultati chirurgici nell'ulcera gastro-duodenale e mezzi per evitarli.* Rassegna Clinico-Scientifica dell'Istituto Biochimico Italiano, n. 10 del 15 ottobre 1933-XI.

BAGGIO G. *A conforto della teoria traumatico-digestiva sulla patogenesi dell'ulcera gastrica e duodenale.* Il Policlinico, Sezione Pratica, 26 marzo 1934-XII, n. 12.

SUNTI E RASSEGNE.

DIABETE.

Sulla patogenesi e terapia delle varie forme del diabete mellito.

(L. R. GROTE. *Deutsche Mediz. Wochenschr.*, 11 genn. 1935).

Pur condividendo il concetto di Staub, secondo il quale il diabete può essere considerato come espressione del rallentato ricambio dei carboidrati, in prima linea dovuto ad una pigra reazione del sistema insulare, l'A. osserva come tale definizione non ingloba affatto i fattori variabili dei quali il ricambio dello zucchero sostituisce la funzione e tanto meno permette la distinzione dei vari tipi di diabete; distinzione di somma importanza teorica e pratica, specie dal punto di vista curativo. D'altra parte la definizione di Staub non presuppone necessariamente l'esistenza della glicosuria, la quale, secondo l'A., rappresenta un carattere necessario e sufficiente di per sè per la qualifica del diabete mellito.

Fra le classifiche delle diverse forme di diabete l'A. cita in prima linea quella di Schmidt e Lorant, importante anche per i corollari pronostici a seconda dei tipi di malattia. Vengono distinte due forme principali: da una parte il diabete stenico ipertonico, dall'altra quello astenico ed ipotonico. Il primo che compare nell'età avanzata si associa spesso ad ipertensione, arteriosclerosi con conseguente tendenza a gangrena degli arti; costituisce la triste prerogativa di individui energici, a tonalità vitale alta, muscolosi, ipertricotici, frequentemente obesi; si complica spesso ad artriti, neuralgie, diatesi calcolose. In questa sindrome diabetica la tendenza alla chetosi è scarsa, però anche la sensibilità all'insulina è modica; il coma, piuttosto raro, è atipico e conduce facilmente a morte malgrado le cure insuliniche. In linea di ipotesi, la patogenesi di tale forma di diabete è da riferirsi ad una iperfunzione (ipofisaria?) primitiva, che solo secondariamente è complicata da relativa insufficienza insulare.

Il diabete astenico si manifesta invece in individui giovani, ipotonici, gracili e inerti, ipocondriaci; in essi il coma è più frequente, ma facilmente redimibile con l'insulina.

Secondo l'A., la distinzione delle forme steniche ed asteniche è possibile soltanto in alcuni casi relativamente puri. Essa inoltre va integrata prendendo in considerazione le forme glicosuriche senza iperglicemia; fra queste e le forme iperglicemiche esistono stati di passaggio rappresentati dalle glicosurie costanti con iperglicemie cicliche (diabete pancreato-renale di Grote). Cercando di classificare tutte le sindromi diabetiche in rapporto alla soglia renale, si nota come questa si trova in stretto rapporto

alla sensibilità verso l'insulina: più la soglia è alta, meno efficace si presenta l'azione dell'insulina nei riguardi dell'iperglicemia e spesso anche della glicosuria. Le forme renali dunque si avvicinano da questo punto di vista a quelle pancreatiche. Va però tenuto conto del fatto che così come esistono increti iperglicemizzanti (fra questi anche quello della preipofisi che agisce probabilmente attraverso il sistema simpatico surrenale) esistono anche quelli che favoriscono la glicosuria per abbassamento della soglia renale, come p. es. l'ormone del corpo luteo.

Molteplici dunque sono i fattori, l'insieme dei quali concorre a provocare il diabete; alcuni di questi sono poco noti; ma sin d'ora nelle singole sindromi cliniche si può distinguere l'azione prevalente di un dato meccanismo patogenetico fondamentale.

Uno di questi meccanismi patogenetici si svolge a carico del sistema pancreas-epato-muscolare, caratterizzato da pura deficienza di insulina; l'apporto di questa migliora notevolmente la sindrome, e l'equivalente zuccherino di insulina è abbastanza alto e facile ad essere definito.

Un altro di questi fattori patogenetici è rappresentato dal rene (forse dal circolo?): nelle forme puramente renali l'insulina costituisce una terapia non adeguata.

Finalmente un'altra categoria di fattori iperglicemizzanti può essere costituita da influenze del sistema nervoso centrale o da ormoni extrainsulari. Quando prevalgono questi fattori, al tasso glicemico alto corrisponde anche un'alta soglia renale; l'iperglicemia e la glicosuria (sebbene scarsa) reagiscono poco all'azione dell'insulina che in questi casi ha un equivalente basso di glucosio; del resto anche la tendenza all'acidosi è scarsa.

Naturalmente, nella realtà clinica si riscontra più frequentemente la combinazione dei tre meccanismi patogenetici; il diabete puro però non può essere che pancreatico; negli altri casi non si può parlare che di prevalenza di fattori non pancreatici. Le direttive terapeutiche costituiscono un corollario dello studio clinico. La forma pancreatica richiede senz'altro la cura insulinica cui viene associata, specie negli stati acidotici, dieta relativamente abbondante di carboidrati. Le sindromi a prevalenza renale (o pancreato-renali) sono molto più difficilmente curabili. Nei casi del genere la dose d'insulina che fa scomparire la glicosuria porta facilmente all'ipoglicemia; la dose terapeutica quindi si avvicina a quella tossica. Dunque, nelle forme lievi di diabete renale si farà a meno dell'insulino-terapia, per risparmiare il pancreas di questi individui — candidati al diabete tipico — si intercaleranno dei giorni senza carboidrati. Nei casi più gravi con tendenza all'acidosi, l'uso dell'insulina sarà controllato severamente coll'osservazione della glicemia.

Per quel che riguarda le forme del diabete stenico relativamente insulino-resistente, il trattamento dovrà essere modificato a seconda delle condizioni generali. Un regime dietetico severo con riduzione globale della dieta sarà spesso sufficiente, specie se vi si associa la terapia fisica o esercizi di moto, a domare la sindrome nei casi non troppo avanzati. Quando però si manifestano le comuni complicanze a carico del sistema circolatorio atero-sclerotico e v'è minaccia di insufficienza circolatoria, la quale di per sè provoca l'acidosi periferica, allora un trattamento insulinico dovrà essere associato al regime dietetico rigoroso, povero in proteine, aclorurato e a base di vegetali e frutta. Spesso saranno necessarie dosi alte di insulina per vincere la relativa resistenza; si noti però che il pericolo dell'ipoglicemia in questi individui è molto esiguo. La terapia ergotaminica nei casi del genere è ancora sotto studio.

Risulta dunque chiaro che l'insulino-terapia non sempre può riuscire efficace o sufficiente; però nella maggior parte dei casi la sua applicazione associata a dieta adeguata rende servizi preziosi e porta a successi indiscussi. Ed è altrettanto evidente che il metodo scientifico che ha portato alla scoperta dell'insulina continua a costituire una base solida ed un punto di partenza per l'ulteriore studio del diabete mellito. S. MINZ.

Le manifestazioni del diabete sull'apparecchio visivo.

(P. BONNET e L. PANFIQUE. *Journ. de Méd. de Lyon.*, 20 marzo 1935).

Lo studio delle complicazioni oculari del diabete deve essere modernizzato e completato. L'oftalmologia dispone oggigiorno di strumenti sempre più perfezionati, sia per esaminare al microscopio il segmento anteriore dell'occhio, sia per esaminare a forte ingrandimento nei suoi minimi dettagli il fondo dell'occhio, sia per misurare la tensione oculare, la tensione arteriosa retinica. È possibile così mettere in evidenza tutta una serie di sintomi che possono illuminarci sull'evoluzione del diabete e permettono nello stesso tempo di sorvegliare lo stato della funzione visiva così frequentemente minacciata.

L'esame sistematico degli occhi nei diabetici è tanto necessario quanto lo è negli ipertesi e nei nefritici cronici, e deve essere rinnovato a intervalli, in modo da rendere possibile di sorprendere in tempo le manifestazioni annunziatrici di complicazioni che, una volta installatesi, sfuggono spesso alla terapia e preparano al diabetico un avvenire penoso dal punto di vista visivo.

Quanto i trattati classici di medicina espongono in merito alle manifestazioni oculari del diabete è insufficiente a dare ai medici un'idea

esatta del valore delle manifestazioni oculari. È pertanto utile uno studio di insieme sull'argomento.

I. *Lesioni infiammatorie degli annessi oculari.* — Sono frequenti: la blefarite, l'orzaiuolo a ripetizione, ribelli alla terapia ordinaria, devono far sospettare il diabete. Alcune infezioni degli annessi (erisipela, flemmone) assumono, nei diabetici, un andamento gangrenoso e una gravità particolare. La cellulite orbitaria, il flemmone dell'orbita si osservano spesso nei diabetici.

II. *I disturbi dell'accomodazione.* — La presbiopia prematura, da diminuita ampiezza dell'accomodazione, è un sintomo frequente nel diabete mellito. La maggior parte delle così dette ambliopie dei diabetici non sono che delle paralisi dell'accomodazione. Come regola generale la presbiopia prematura e rapidamente progressiva deve condurre a ricercare la presenza di zucchero nell'urina. In alcuni casi esiste solo una astenia accomodativa.

La diminuzione di ampiezza d'accomodazione, quando oltrepassa 3-4 diottrie, deriva da vera paresi, dipendente da auto-intossicazione.

III. *Le modificazioni della refrazione.* — Hanno un interesse particolare. Sono spesso di rapida insorgenza e sono influenzabili dal trattamento antidiabetico.

La miopia si osserva nei diabetici di ogni età e può apparire rapidamente ed in modo transitorio. Si ammette attualmente che corrisponda ad un aumento di rifrangenza del cristallino.

Ad un disturbo dell'accomodazione bisogna attribuire l'ipermetropia, talora transitoria, che si osserva nei diabetici di età e che può arrivare a 2-4 diottrie.

IV. *Manifestazioni sulla congiuntiva, la cornea, la sclerotica.* — Si possono osservare emorragie sottocongiuntivali, episcleriti a ricadute e cheratite.

La cheratite diabetica riconosce come forme: l'ulcera della cornea, che porta spesso alla perforazione, la cheratite vesciculare, molto dolorosa, la cheratite diffusa di Panas, che lascia spesso una opacità diffusa della cornea, la cheratite neuro-paralitica, con anestesia della cornea e disturbi trofici.

V. *Le alterazioni dell'iride.* — Sono ancora mal note, ma hanno grande importanza, specie dal punto di vista prognostico.

È ben nota l'idropisia dello strato pigmentario dell'iride. I fiocchetti del bordo pigmentato dell'iride non sono che la manifestazione, al bordo del campo pupillare, di questa impregnazione dell'epitelio pigmentato.

Una delle manifestazioni più frequenti e poco nota è la rigidità dell'iride. Essa si manifesta abitualmente con la resistenza particolare dell'iride all'azione dei midriatici, fino a resistere alle istillazioni ripetute di atropina. L'A. ha potuto far diagnosi di diabete su questo solo sintomo e pensa che l'insulina non abbia niente a che vedere con esso.

La rigidità pupillare può manifestarsi anche con l'immobilità della pupilla, in generale in moderata midriasi e di cui il contorno è irregolare per i flocculi del bordo pigmentato, tanto alla luce che all'accomodazione. Ne risulta un falso segno di Argyl-Robertson complicato.

L'irite può osservarsi nei diabetici sotto forme diverse. L'irite plastica e l'irite sierosa non hanno rapporti diretti con il diabete. Più frequente è in questa malattia l'irite purulenta torpida, ma anche questa forma deve essere considerata come favorita dal diabete ma in relazione con qualche infezione torpida concomitante.

Espressioni delle alterazioni vascolari delle membrane oculari che accompagnano il diabete sono invece le iriti gravi descritte da Lagrange, che iniziano bruscamente, talora con vivi dolori, evolvono verso la formazione di un ipopion e si accompagnano a cheratite suppurativa (irite neuro-paralitica). Ma la forma di irite che più è propria del diabete è l'irite emorragica, a inizio insidioso, talora marcato da dolori vivi che precedono la comparsa dell'emorragia nella camera anteriore e cessano con essa. Ben presto si manifesta la suffusione emorragica dello stroma irideo e compare ipertonia del globo annunciatrice del glaucoma e degli accidenti emorragici della coroide, del vitreo, della retina.

L'irite emorragica deve richiamare particolarmente l'attenzione perchè il suo aspetto, per quanto non esclusivo del diabete, è caratteristico, perchè spesso manifestazione iniziale delle alterazioni vascolari e annunciatrice degli accidenti emorragici del vitreo e dell'approssimarsi del glaucoma emorragico.

VI. *La cataratta diabetica.* — È frequente nei diabetici di età. Ma nel più dei casi si tratta di cataratta senile in diabetici e non presenta alcun carattere particolare.

La recente conoscenza dell'innumerevole varietà di aspetto delle cataratte presenili ha però completamente trasformato la nozione della cataratta diabetica. Non vi è dubbio che il disturbo del cristallino può essere provocato dal diabete per sè solo e che esiste una vera cataratta diabetica; essa è però estremamente rara.

Nei diabetici giovani la cataratta compare in un tempo rimarchevolmente breve, raramente resta a lungo unilaterale ed è indizio di una particolare gravità della malattia.

Il problema patogenetico della cataratta diabetica non è ancora risolto.

Il trattamento operatorio della cataratta nei diabetici esige una prudenza particolare. Il rischio dell'infezione post-operatoria è reale e le emorragie sono frequenti. Occorre una cura pre- e post-operatoria con insulina; nell'intervento conviene evitare l'iridectomia ed è particolarmente indicata l'estrazione totale.

VII. *Le alterazioni della retina.* — La retinite diabetica si osserva nei casi di diabete che evolvono da numerosi anni. Hirschberg diceva: ogni soggetto diabetico da più di 10 anni ha delle emorragie retiniche. Non si osserva che in soggetti in età avanzata ed è una manifestazione del diabete semplice, non complicato. I sintomi subiettivi sono incostanti ed attirano l'attenzione solo quando l'interessamento della regione centrale della retina si manifesta con una sensazione di scintillìo o con uno scotoma centrale. Gli aspetti oftalmoscopici sono molto diversi, ma possono essere raggruppati in un certo numero di tipi: 1) la retinite centrale puntiforme (può essere rivelatrice di un diabete latente e nonpertanto grave; senza glicosuria ma con glicemia molto elevata); 2) le emorragie puntiformi della retina centrale, ugualmente caratteristiche del diabete; 3) la retinite puntiforme periferica, fra tutte la più caratteristica; 4) emorragie ed essudati peripapillari, di cui una forma accentuata è la retinite diabetica essudativa; 5) la papillo-retinite diabetica (non si distingue dalla retinite nefritica e non è propria del diabete).

Quanta parte appartiene al diabete nella determinazione della retinite diabetica? Oggigiorno si ammette che la retinite diabetica ha la sua propria individualità, ma che due fattori associati, il disturbo della funzione renale e l'ipertensione arteriosa, abbiano una parte predominante nella sua realizzazione.

Manifestazioni dell'ipertensione arteriosa associata al diabete sono le emorragie a fiammelle e la trombosi della vena centrale. Una forma di emorragia assai frequente è l'emorragia preretinica che può dare come reliquato, per organizzazione del coagulo, una retinite proliferante; quest'ultima può essere anche un reliquato di una trombosi venosa.

VIII. *Le emorragie del vitreo.* — L'emorragia del vitreo può essere secondaria ad una trombosi venosa e può provenire dalla rottura nel vitreo di un focolaio emorragico preretinico. Talora risulta da una vera apoplessia della retina e conduce rapidamente agli accidenti glaucomatosi. In altri casi, in cui l'emorragia è meno massiva, l'organizzazione del vitreo e poi la sua retrazione secondaria portano al distacco retinico.

IX. *Il glaucoma nei diabetici.* — È la più terribile complicazione oculare che minaccia i diabetici. Il glaucoma cronico non è raro nei diabetici, forse a causa delle alterazioni del sistema vascolare. Ma la forma di glaucoma particolare del diabete è il glaucoma emorragico, accidente terribile, che spesso richiede l'enucleazione. La minaccia del glaucoma pesa sul diabetico. Occorre dunque, appena messe in evidenza le prime manifestazioni emorragiche, sorvegliare attentamente la tensione oculare.

È da segnalare l'ipotensione del globo che si manifesta all'inizio o anche prima della comparsa del coma diabetico, così marcatamente che la palpazione del globo permette di fare la diagnosi di coma imminente.

X. *La lipemia della retina.* — L'iniezione del sistema vascolare ad opera di sostanze lipoidi dà un aspetto oftalmoscopico particolare, di osservazione eccezionale. Secondo alcuni AA. sarebbe annunciatore di coma imminente.

XI. *Lesioni delle vie ottiche.* — Una delle complicazioni più frequenti, dopo la retinite e la cataratta diabetica, è l'alterazione delle vie ottiche e particolarmente del nervo ottico. La nevrite ottica diabetica riveste più frequentemente il tipo della nevrite retro-bulbare a forma subacuta o cronica, che si osserva quasi unicamente negli uomini. È caratterizzata all'inizio da una diminuzione della visione centrale. I malati hanno la sensazione di nebbia interposta davanti agli oggetti che guardano, provano difficoltà a leggere, a scrivere. L'esame sistematico al perimetro o allo stereoscopio permette di svelare lo scotoma centrale. Questo scotoma è al principio assai difficile a mettere in evidenza. Più tardi si estende lentamente ed è sopratutto marcato per i colori, specie per il rosso ed il verde. Eccezionalmente l'evoluzione è unilaterale.

Abitualmente l'abbassamento della visione è progressivo. La visione centrale è abolita ma persiste una visione sufficiente alla periferia per permettere gli atti semplici della vita corrente e l'affezione evolve raramente verso la cecità.

Queste nevriti retrobulbari sopravvengono abitualmente nel diabete grave, quando fanno la loro comparsa i segni di denutrizione ed è la gravità dei segni concomitanti e l'azione più o meno efficace del regime e dell'insulina che regolano il prognostico.

La patogenesi della nevrite diabetica è molto discussa.

XII. *Paralisi oculari.* — Sono frequenti, molto più quelle della musculatura estrinseca che quelle della musculatura intrinseca. Possono interessare i diversi nervi motori dell'occhio, raramente li interessano contemporaneamente. Il nervo più frequentemente leso è l'oculo motore esterno.

Le paralisi sono generalmente transitorie, compaiono bruscamente, poi migliorano e scompaiono. La loro durata media è di tre mesi. Raramente le paralisi si estendono progressivamente a tutti i muscoli motori sotto forma di oftalmoplegia esterna unilaterale o bilaterale. Frequenti sono i dolori nel corso delle paralisi, localizzati alla regione temporale e periorbitaria, esagerantisi con la pressione, persistenti giorno e notte. Cessano talora bruscamente a paralisi completamente stabilita.

La comparsa della paralisi di un nervo oculomotore in un diabetico non è necessariamente in rapporto con l'intensità della glicosuria e non sembra comportare un significato grave dal punto di vista prognostico.

La progonosi delle complicazioni oculari del diabete. — Un certo numero di disturbi fra quelli descritti, come per esempio i disturbi dell'accomodazione o di refrazione, non hanno interesse per il prognostico generale. Tutto al più danno indicazioni sulla evoluzione della glicosuria in quanto sono influenzati dalla sua recrudescenza o trasformati dalla terapia.

Ugualmente, riguardo a certe alterazioni anatomiche in relazione con il disturbo degli umori, come l'impreparazione dell'epitelio pigmentato dell'iride, se hanno un valore semeiologico reale non hanno un riconoscibile significato per la prognosi.

Altre complicazioni sono invece da prendere in considerazione da questo punto di vista e di esse alcune pongono la questione del prognostico vitale, altre interessano sopratutto l'avvenire della visione del soggetto.

Indice di particolare gravità sono la cataratta, quando compare nei diabetici giovani, e l'ipotonia del globo che precede il coma diabetico. Ma è sopratutto a proposito della retinite diabetica che si presenta il problema del prognostico vitale.

Si potrebbe legittimamente supporre, *a priori*, che il disturbo della funzione renale, che per sè solo realizza la retinite albuminurica di cui conosciamo il significato di estrema gravità, quando si aggiunge alle manifestazioni del diabete, debba essere un indice di particolare gravità. Ma così non è. La retinite diabetica, anche quando si presenta con l'immagine oftalmoscopica della retinite nefritica, non sembra avere di questa il significato di estrema gravità. Se la metà circa dei diabetici affetti da retinite soccombono nel periodo di tre anni, gli altri hanno una sopravvivenza prolungata, che può arrivare a più di dieci anni.

Tuttavia la constatazione della retinite diabetica è un segnale d'allarme e apporta un elemento di inquietudine.

Riguardo al prognostico visivo, i disturbi che più interessano sono quelli che dipendono da un'alterazione anatomica constatabile. Si può dire che dal giorno in cui si manifestano i segni di una irite, i disturbi emorragici del vitreo, i segni di una retinite diabetica, i segni di una cataratta, l'avvenire visivo del soggetto è gravemente compromesso.

Queste diverse lesioni si presentano generalmente associate e, fino ad un certo punto, dipendenti le une dalle altre. Esse costituiscono un insieme di speciale fisionomia e realizzano quello che si può chiamare « l'occhio diabetico ».

Nell'insieme di queste manifestazioni le alterazioni vascolari sembrano dominanti e da esse sembra dipendere la prognosi visiva. È per questo che è interessante la precocità della diagnosi di tali manifestazioni.

C. TOSCANO.

OZENA.

Sulla patogenesi dell'ozena.

(O. FLEISCHMANN, *Mediz. Well*, 2 febb. 1935).

La maggior parte delle teorie patogenetiche della ozena viene dall'A. sottoposta ad una severa critica. La teoria di Frank, il quale considera l'ozena come dovuta ad atrofia della mucosa nasale consecutiva ad un processo infiammatorio ipertrofico precedente, manca di appoggio di dati di fatto poichè spesso non esiste dimostrazione alcuna di fatti infiammatori cronici preesistenti; inoltre, di difficile spiegazione sarebbero le tipiche alterazioni ossee che non raramente preesistono alle lesioni mucose. La teoria meccanica (Zanfal) ammette quale *primum movens* della malattia un'abnorme grandezza delle cavità nasali; però anch'essa viene confutata dalla esistenza di tale fenomeno senza ozena o di ozena in nasi stretti. Cholewa e Cordes vorrebbero considerare le alterazioni ossee quali lesioni primarie, che implicherebbero poi anche la mucosa; tale supposizione, oltre a non spiegare l'essenza del processo, viene scossa anche dal fatto che le lesioni mucose sono meno intense verso la profondità. Non si può neanche attribuire la causa dell'ozena a infiammazione cronica dei seni (teoria focale di Michel) che spesso non è affatto dimostrabile. Anche le teorie infettive, che presuppongono o l'esistenza di germi specifici (Noewenberg, Belfanti, Perez, Della Vedova) o vogliono vedere la causa dell'ozena in infezioni tubercolari o luetiche non hanno potuto avere conferma costante. Da Zarniko e Bayer è stata avanzata l'ipotesi sull'origine neurotrofica dell'ozena in base a osservazioni riguardanti casi di lesioni nervose locali; secondo l'A. si tratta di ozene secondarie; in quella primitiva invece non solo non si trovano lesioni nervose dimostrabili, ma anche la distribuzione delle alterazioni ossee e nasali non segue la distribuzione caratteristica dei nervi. Le teorie endocrino-simpatiche (Halphen) e di avitaminosi (Glasscheib) sono passibili di critica in quanto che mancano i fenomeni generali caratteristici per i quadri morbosi del genere.

L'A. richiama l'attenzione sull'ereditarietà dell'ozena; secondo lui i fattori infettivi o carenziali hanno solo il valore di cause occasionali. Egli ricorda il quadro di un'altra malattia ereditaria, la cosidetta *anidrosis hypotrichotica* nella quale v'è deficienza di ghiandole sebacee e sudorifere, del sistema pilifero e dentario; tale affezione è inoltre caratterizzata da alterazioni ossee del cranio analoghe a quelle dell'ozena. In un caso del genere il Fleischmann avrebbero osservato la mancanza assoluta di ghiandole mucose ectodermali.

Ora, secondo lui, la patogenesi dell'ozena si baserebbe appunto sul difetto di tali ghiandole, difetto che prima o dopo e per concause esterne, porterà allo sviluppo della malattia. Considerando l'anidrosis hypotrichotica quale manifestazione di poliibridismo, l'A. giunge alla conclusione che vi possono essere, e anzi, saranno più frequenti i casi dell'esistenza di un difetto unico; l'ozena rappresenterebbe appunto uno di questi casi, con il difetto specifico ectodermale a carico delle ghiandole della mucosa nasale.

Le lesioni ossee sono la conseguenza di inibizione di sviluppo e non della lesione mucosa; di quà la relativa indipendenza di esse nel tempo e nell'intensità. Il catarro delle cavità nasali e accessorie è dovuto alla diminuita resistenza della mucosa deficiente, alla quale è dovuto anche il ricco reperto batterico: tutto questo complesso di cause porta allo sviluppo del quadro tipico dell'ozena.

S. Minz.

Nuovo procedimento terapeutico dell'ozena.

(F. Noltenius. *Mediz. Welt*, 2 febbr. 1935).

Nella ricerca della terapia efficace dell'ozena, l'A., prescindendo dalla patogenesi dell'affezione, si basa sulla fisiopatologia di questa. Egli fa rilevare come normalmente una delle funzioni più importanti della mucosa nasale consiste nell'inumidire l'aria ispirata; v'è una certa proporzione fra l'aria che passa attraverso le narici e il potere secernente della mucosa. Ora, nell'ozena, accanto all'ampliamento relativo o assoluto delle cavità nasali, scarseggia il potere « inumidente » della mucosa di esse; si stabilisce una specie di circolo vizioso; l'aria che circola in grande quantità essicca sempre di più la mucosa, la quale risponde con formazione di croste; si verificano lesioni definitive, (fra le quali anche la perdita del potere olfattivo), decade la resistenza verso l'infezioni batteriche, si manifestano processi necrotici e putrefattivi a carico del secreto essiccato ecc.

I metodi terapeutici finora preconizzati tendevano a restringere le cavità nasali ricorrendo a mezzi chirurgici non sempre effettuabili; il materiale plastico a tale scopo trapiantato nelle pareti laterali o nel setto, di solito veniva riassorbito dopo un periodo di tempo più o meno lungo: la creazione di aderenze artificiali aveva il difetto di escludere alcune parti della mucosa. Nell'intento di far diminuire la quantità di aria accedente nelle cavità nasali, l'A. ha preconizzato l'uso di un piccolo imbuto di gomma (« Ozentube ») che viene introdotto nelle narici in modo che la base tagliata a sbieco viene rivolta verso il basso e l'apice verso l'alto. Con tale procedimento l'A. avrebbe conseguito degli ottimi risultati; l'umidità secreta dalla mucosa è di solito più che sufficiente per la relativamente scarsa quantità d'aria: anzi nei primi tempi v'è addirittura un deflusso di essa; la mucosa si arrossa, si imbibisce tanto da ritornare al suo aspetto normale; coll'andar del tempo spariscono le croste e col ripristino del potere difensivo della mucosa nasale scompaiono anche i fatti putrefattivi, i fenomeni tossici locali (cefalea, ecc.), in molti casi si osserva anche il ritorno del potere olfattivo.

È degno di nota, che, oltre a tutto, il sistema preconizzato dall'A., è facilmente realizzabile; non mancherà dunque la possibilità di controllo ed eventuale diffusione di esso, tanto più desiderabile, inquanto si tratta di un metodo di cura relativamente facile di una malattia che affligge anche socialmente gli individui da essa colpiti.

S. Minz.

EREDOLOGIA.

Patologia ereditaria e sue conseguenze pratiche.

(J. Bauer e T. Oliaro. *Min. Med.*, 24 marzo 1935).

Molti medici avevano ed hanno una repulsione istintiva per la dottrina dell'ereditarietà perchè temono che l'assunzione di questi concetti di patologia ereditaria nel campo pratico della medicina debba di per sè portare ad un grave pessimismo terapeutico. Quasi che la concezione esatta di un processo morboso abbia mai limitato le possibilità terapeutiche!

Non esiste certo il mezzo di influire terapeuticamente sui geni morbosi, ma sono però le condizioni ambientali sotto il cui ambito si sviluppano e si manifestano le diverse disposizioni morbose quelle che possono essere in certo qual modo influenzate.

Se si vogliono abolire le genopatie morbose si deve impedire la prolificazione di coloro che ne sono affetti. Ciò non appartiene più naturalmente al campo dell'attività medica individuale ma all'attività medica sociale.

Per impedire l'aumento delle genopatie può servire il consulto matrimoniale e rispettivamente il divieto di matrimonio che naturalmente non garantiscono una sicurezza assoluta in quanto a prevenzione e diffusione delle disposizioni ereditarie morbose e che implicano un certo grado di responsabilità morale, di intelligenza e di istruzione che naturalmente sono molto limitati proprio nei portatori delle genopatie in questione. Più sicuro del consulto matrimoniale e rispettivamente del divieto di matrimonio è naturalmente la sterilizzazione dei genopatici.

Il consulto matrimoniale su basi biologiche ereditarie dovrebbe teoricamente aver lo scopo di dissuadere dalla procreazione tutti gli individui dotati di un substrato ereditario nocivo alla felicità individuale ed alla comunità.

Mentre però in alcuni casi è facile dire quali siano le disposizioni morbose ereditarie che si devono considerare come socialmente nocive e

come funeste per la stessa felicità personale individuale, in altri casi la decisione è irta di gravi difficoltà. Inoltre con molta frequenza disposizioni morbose ereditarie che si vorrebbero eliminate sono variamente combinate con altre disposizioni ereditarie socialmente vantaggiose, come particolari doti e talenti. Gli individui geniali non devono assolutamente cadere vittime dell'abolizione delle disposizioni ereditarie morbose e ciò può invece tanto più facilmente accadere in quanto le variazioni estreme a cui appunto appartengono gli individui geniali rientrano nella cerchia di uno stato degenerativo.

A maggior ragione di tali considerazioni si deve tener conto quando si tratti di decidere della sterilizzazione, allo scopo di prevenire nascite patologiche.

La legge tedesca per la prevenzione delle nascite patologiche per ereditarietà prevede la sterilizzazione nelle seguenti malattie: demenza congenita, schizofrenia, mania circolare (maniaco-depressiva), epilessia ereditaria, corea ereditaria di Huntington, cecità ereditaria, sordità ereditaria, gravi malformazioni corporee ereditarie. Può inoltre essere sterilizzato chi soffre di grave alcoolismo. Quali le conseguenze biologiche della legge della sterilizzazione?

Tale legislazione ha per scopo non solo di impedire in modo radicale la comparsa nei discendenti immediati delle rispettive malattie ereditarie, ma anche di impedire la diffusione in condizioni nascoste e latenti delle rispettive disposizioni morbose ereditarie eliminando così ogni possibilità di comparsa di affezioni ereditarie nella lontana discendenza delle generazioni future.

Ma questo scopo può essere raggiunto con la legge solo in modo molto incompleto poichè possono essere colpiti dalla sterilizzazione soltanto gli ammalati manifesti e non invece gli eterozigoti latenti, affetti da disposizioni ereditarie morbose e che provvederanno alla diffusione delle disposizioni in questione. La legge può avere per risultato soltanto una lieve diminuzione della diffusione delle disposizioni morbose ereditarie.

Un calcolo interessante di Bodewig rivela quanto scarso sia, sotto questo rispetto, il risultato della legge. Con la sterilizzazione di tutti i portatori di psicosi ereditaria in 13 generazioni successive, la percentuale di tali malattie sarebbe ridotta alla metà; per poter sterminare per metà l'albinismo totale sarebbe necessaria la sterilizzazione di tutti gli albini in 20 generazioni. Se però è sterilizzata solo una parte dei malati ereditari naturalmente il già lieve risultato che forse sarebbe conseguibile con una sterilizzazione in massa diventa molto caduco e transitorio. Si ha quindi l'impressione che la legge tedesca per la sterilizzazione altro non sia che un buco nell'acqua. A ciò si deve aggiungere che molte malattie ereditarie che cadono sotto il dominio della legge hanno un periodo di manifestazione così tardivo che la sterilizzazione arriverà pur sempre troppo tardi, come ad esempio nella corea di Huntington e nella otosclerosi.

La legge è specialmente molto pericolosa perchè i commenti ufficiali di Guett, Ruedin e Ruttke sono ben propensi ad affermare ampiamente l'opportunità della sterilizzazione e perchè è lasciato un ampio campo d'azione al giudizio soggettivo in merito alla buona costituzione ereditaria, dando così agio al furore eugenico del terzo Impero di soffocare la procreazione di individui che accanto a disposizioni morbose uniscono disposizioni ereditarie socialmente pregevolissime.

La legge è naturalmente superflua per gli alienati più gravi che sono ricoverati e che perciò sono senz'altro sottratti alla procreazione. Ma vi è un altro fatto da considerare, che la popolazione per timore della sterilizzazione eviterà di far ritirare nei ricoveri i loro parenti alienati, eviterà di mandare alle scuole educative i bimbi dementi; la raccolta di precise anamnesi familiari sarà resa addirittura impossibile.

Gli entusiasti della sterilizzazione vorrebbero sterilizzare i diabetici e i tubercolotici con forme progressive e aperte. Ma è un'utopia lottare contro la tubercolosi per via di sterilizzazione e per il diabete non è la sterilizzazione ma il consulto matrimoniale che deve rappresentare il metodo eugenico di scelta.

Se si volesse realmente seguire l'utopia c estinguere tutte le genopatie dannose anche allo stato nascosto e latente allora non resterebbe certo troppo e quel poco che resterebbe altro non sarebbe che una media quanto mai dubbiosa e mediocre. C. TOSCANO.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

Prof. ANDREA FERRANNINI. *Patologia speciale medica.* **Epitome** ad uso dei Medici e degli Studenti. Vol. di pag. XII-521, con 151 figure in nero ed a colori nel testo. Editore L. Pozzi, Roma. Prezzo L. 56.

Ecco un libro che non dovrebbe, veramente, mancare sul tavolo dello studente di medicina e del medico pratico!

Andrea Ferrannini è un geniale e fecondo studioso, cui la medicina italiana è debitrice di un gran numero di osservazioni originali e di contributi clinici del più alto valore.

Debbonsi a lui le prime ricerche sulle tubercolosi larvate, sulle emopatie reversive, sulla opoterapia gastrica, sulle paratubercolosi, sulla glicosuria detta renale, sull'anatomo-biologia del lavoro miocardico, sulla sindrome ipotensiva ecc.

La copiosa produzione scientifica nei più svariati settori della medicina interna ha assicurato al Ferrannini una meritata rinomanza e i più autorevoli riconoscimenti che, già da tempo, han varcato i confini del nostro Paese.

Questa « *Epitome* » di Patologia speciale medica che egli ha offerto ai medici ed agli studenti, non è una delle solite opere di compilazione libresca.

Essa non poteva essere concepita e redatta che da un Maestro dal profondo sapere e ricco di esperienza acquistata nell'esercizio dell'insegnamento clinico e nel lungo studio degli ammalati.

Lo scopo di questo Manuale è stato quello di rendere possibile una rapida e agevole consultazione, atta a facilitare la reminiscenza dei varì quadri nosografici e dei relativi segni diagnostici.

È un libro nel quale trovansi aggiornate ed esposte, in modo succinto e volutamente schematico, ma lucido e piano, le più recenti coconoscenze relative alla genesi, alla sintomatologia e all'accertamento dei processi morbosi.

Nella produzione libraria del nostro Paese mancava una così snella ed utile guida del medico al letto dell'ammalato.

Non sappiamo se più ammirarvi la versatile dottrina dell'uomo di scienza, la pratica consumata del clinico o la singolare concettosità letteraria dello scrittore!

Vi si avverte l'agile stile del giornalista di razza, assuefatto anche a chiarire e a rendere comprensibili alla generalità le nozioni mediche più ardue e i fenomeni biologici meno famigliari.

L'esercizio della medicina si rende ogni giorno più difficile e delicato, non soltanto perchè vanno aumentando di continuo le più svariate conoscenze intorno ai processi morbosi, ma anche perchè i responsi del laboratorio, cui ormai si fa appello con progressiva frequenza e con crescente fiducia, consentono ad ogni istante verificazioni e controlli che, se sono molto utili per la diagnosi e per la cura degli ammalati, resultano altrettanto impegnativi per le responsabilità e per la reputazione professionale dei medici curanti!

Andrea Ferrannini, mosso da intenti prevalentemente pratici, ha voluto mettere alla facile portata dei medici e degli studenti i più rilevanti e sicuri elementi patognomonici e diagnostici delle malattie, condensandoli in un bel libro di poco più di 500 pagine, che è una ricca miniera di conoscenze preziose, maestrevolmente esposte e scrupolosamente aggiornate.

Intorno alla edizione, che è fatta in veste signorile, così come lo sono tutte quelle curate dal Pozzi, un vero benemerito della stampa medica nazionale, ogni parola sarebbe superflua.

È un libro cui arriderà con tutta certezza il meritato successo. GIUSEPPE SANARELLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

G. MARAÑON. *L'âge critique.* Editore Alcan, Parigi. Prezzo Fr. 40,00.

Le nozioni sulla crisi che caratterizza il termine dell'attività genitale delle donne sono molte abbondanti, ma le pubblicazioni fatte al riguardo sono frammentarie, ed i capitoli ad esse dedicati nei trattati di Ginecologia e Endocrinologia sono troppo schematici.

L'opera dell'illustre clinico di Madrid costituisce una trattazione completa, esauriente della fisiopatologia, della clinica, del trattamento del climaterio.

La ben nota competenza del Marañon in fatto di endocrinologia e di sessuologia, la sua vasta esperienza clinica, lo fanno particolarmente adatto a trattare un argomento che in effetti investe tutti i capitoli della fisiologia e della patologia. Ed il libro corrisponde perfettamente all'aspettativa destata dalla fama dell'A.

La traduzione in francese fatta dal dott. J. Sanjurjo D'Arellano, e che è stata riveduta dallo stesso A., è fedele e chiara. DR.

M. SURACE. *La sterilità della donna, le sue cause e la sua cura.* Un vol. in-8°, di 45 pag. Giammusso e Pompeo, Reggio C. L. 5.

L'A. descrive la fecondazione fisiologica e le cause di sterilità, esponendo poi il suo metodo di fecondazione artificiale, che consiste nel preparare la donna con iniezioni di prodotti ormonici, iniettando poi lo sperma del marito e facendo in seguito delle iniezioni di siero di donna gravida al 5° mese. Fra le peregrine osservazioni dell'A., citiamo quella che facendo cadere su un preparato di sperma « un atomo

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

« di acido acetico, gli spermatozoi si raccol- « gono insieme, si raggruppano e muoiono ».

fil.

M. PALAZZOLI. *L'impuissance sexuelle chez l'homme.* Editore Masson e C., Paris. Prezzo Fr. 45,00.

L'impotenza sessuale dell'uomo ripete origini diversissime (anatomiche, endocrine e psichiche) e corrispondentemente si manifesta clinicamente con aspetti molto varî. Non se ne può quindi comprendere il meccanismo patogenetico e la sintomatologia senza una perfetta conoscenza della fisiologia del rapporto sessuale, che l'A. espone esaurientemente nella prima parte del libro. Segue la parte clinica che è illustrata dall'esposizione di numerosi casi, inquadrati in tutte le forme di impotenza.

Nell'ultima parte è trattata largamente la terapia con la indicazione dei mezzi curativi adatti per ciascuna varietà etiologica. DR.

V. DANTCHAKOFF. *Les bases de la sexualité.* Editore F. Alcan, Parigi. Prezzo Fr. 15.

Larga esposizione di studi embriologici eseguiti sui polli ed intesi a dimostrare la continuità della linea germinale.

Il germe è la parte essenziale della vita e si continua direttamente ed incessantemente nelle gonadi.

L'uovo fecondato si libera rapidamente di tutto ciò che non è germe. È una profonda antitesi si stabilisce fra le cellule somatiche e quelle riproduttive: le prime si moltiplicano e si differenziano rapidamente, le altre rimangono stabili nei loro caratteri e mantengono la continuità del ceppo. DR.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 15 marzo 1935.

A proposito di un bambino portatore di leptospire dell'ittero emorragico.

Dott. G. PRETO. — Viene riferita l'osservazione di numerose spirochete nel sedimento urinario di un bambino di 8 anni che aveva presentato per sei giorni febbre alta, dolori reumatoidi vaghi diffusi al tronco e agli arti, cefalea, anoressia, alvo diarroico ed una copiosa epistassi in quarta giornata di malattia, senza manifestazioni che richiamassero l'attenzione sopra un determinato organo od apparato.

Tali spirochete per i caratteri morfologici dovevano ascriversi al genere leptospira: inoculazioni di sedimento urinario, contenente queste leptospire, in cavie, provocavano la morte degli animali con il quadro classico della spirochetosi ittero emorragica.

Il numero delle leptospire eliminate è andato crescendo gradatamente durante la degenza del malato in clinica in un periodo di completo benessere, per raggiungere un massimo di eliminazione a distanza di un mese e mezzo dall'inizio della malattia: in seguito è stata osservata rapida diminuzione delle letospire eliminate.

Il potere infettante delle leptospire s'è mantenuto fino a un certo punto parallelo al numero delle spirochete che venivano eliminate: è andato poi scemando, in maniera decisamente più rapida della diminuzione del numero di leptospire, nei periodi successivi.

Il siero di sangue del paziente, a contatto con cultura di leptospira l. e. mostrava un potere assai alto di agglutinazione specifico, ben evidente ancora alla diluizione di 1:250 del siero stesso.

Si prospetta l'ipotesi che la sindrome morbosa osservata rappresenti un caso di spirochetosi ittero emorragico frusta, di probabile origine fluviale.

Su di un caso di idronefrosi gigante.

Dott. G. BRENDOLAN. — L'O. comunica un caso di idronefrosi a sacche multiple da calcoli nei calici, il quale, pure avendo raggiunto volume non comune (kg. 4,700), non aveva dato luogo a disturbi importanti.

In base all'esame macro- e microscopico del rene asportato pensa che i fattori responsabili delle dimensioni raggiunte e della scarsa sintomatologia siano: la calcolosi, la irritazione del parenchima, la reazione perivasale, la iperplasia del grasso, la neoformazione di tessuto connettivo, il blocco occlusivo dei calici e la essudazione della loro mucosa cruentata, il ristagno uro-essudatizio istituitosi su terreno di reazione infiammatoria lenta.

M. FABRIS. — *Le grandezze nucleari nel miometrio.*

Dott. G. RENOSTO. — *Raggi U. V. e fotocatalizzatori nella loro azione sul cuore isolato.*

Avitaminosi e virulenza dei microrganismi.

Dott. G. RENOSTO. — L'O. da alcuni colombi normali ha isolato 30 colonie di B. coli. Dagli stessi colombi sottoposti a dieta neuritogena, e

quando questi presentarono manifesti i segni del beri-beri, ha isolato nuovamente altri 30 ceppi di B. coli. Su ciascuna delle 60 colonie così isolate ha studiato 20 delle proprietà biologiche più fondamentali. I risultati ottenuti gli consentono di affermare che le colture di B. Coli isolate dai piccioni in avitaminosi hanno presentato una esaltazione delle capacità di fermentazione per tutte le sostanze impiegate ed anche comparsa di alcune proprietà inesistenti negli stipiti isolati dai piccioni normali.

Il movimento degli spermatozoi in presenza di epitelio vibratile della tuba e di muco cervicale, studiato microcinematograficamente.

Dott. F. POMINI. — L'O. ha analizzato mediante ben riuscite prese cinematografiche il comportamento in vitro degli spermatozoi umani di fronte a vari tipi di muco cervicale purulento e vitreo, di donne feconde ed infeconde, con infantilismo uterino ed opso-menorrea.

Arriva alla conclusione che diverso appare essere il tropismo degli spermatozoi e l'azione biologica del secreto vaginale, a seconda che proviene dalle une piuttosto che dalle altre; il materiale appartenente alle prime determina almeno apparentemente una spiccata attrazione, quello delle altre si comporta come un liquido indifferente.

Le ciglia vibratili della tuba uterina umana, se conservate in condizioni adatte, mantengono la loro mobilità per lungo tempo; l'O. ne ha sorpresa la contrazione in alcune zone anche dopo 40 ore dall'asportazione chirurgica della tuba; ne ha fissato il moto nel film dopo 18 ore.

Gli spermi pare non risentano in vitro particolare azione dalle correnti che le ciglia vibratili provocano nel liquido circostante; essi si muovono a una certa distanza in tutte le direzioni. Però, se in contatto con l'epitelio tubarico, verso il quale sembrano presentare una certa attrazione, presentano fenomeni di reotropismo talvolta positivo e talvolta negativo.

Il Segretario: Dott. GIOVANNI AUSTONI.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 26 marzo 1935.

Presidente: prof. C. RIGHETTI.

Contributo clinico alla cura bulgara dei postumi di encefalite letargica.

Prof. L. FERRANNINI. — Descrive ed analizza minutamente tutti gli ingredienti della cura bulgara, fermandosi specialmente sulle radici di belladonna di cui nota la differenza tra la varietà indigena ed altre varietà esogene, accennando anche qualche trattamento speciale che taluna di queste subisce. Espone i risultati ottenuti con ricerche botaniche, chimiche e farmacologiche sugli animali. Riferisce e dimostra i risultati ottenuti in parecchi casi di parkinsonismo post-encefalitico, nei quali proporzionando e graduando bene le dosi, senza alcun notevole inconveniente, ha ottenuto una notevole diminuzione della rigidità muscolare e di tutte le sue conseguenze. Si propone di estendere ulteriormente le osservazioni e di riferire anche prossimamente i risultati che si possono ottenere adoperando la belladonna indigena.

Discussione: D'ANTONA.

Dott. A. LISO. — *I raggi di Gurwitch e la germinazione del Mais in presenza di semi di Linum usitatissimum L.*

Prime ricerche ed osservazioni sopra i flebotomi delle Puglie.

Dott. L. BOGLIOLO. — Continuando alcune sue indagini sul problema della trasmissione delle Leishmaniosi, l'O. ha studiato i flebotomi di 26 paesi delle Puglie.

Vi ha catturato un migliaio di insetti e ha trovato che, anche in questa regione, la specie più diffusa è il Phl. papatasii; seguono, nell'ordine, il Phl. macedonicus, il Phl. perniciosus ed il Phl. parroti var. italicus. In nessuno degli esemplari esaminati l'O. ha sinora trovato flagellati.

L'O. si sofferma in modo particolare sul Phl. macedonicus, e ne studia le abitudini di vita.

Ricerche comparative sopra alcune reazioni sierologiche proposte per la diagnosi della Leishmaniosi viscerale.

Dott. M. GENTILLI. — L'O. ha esperimentato sopra 116 soggetti, fra cui 7 leishmaniosici, 1 affetto dalla malattia del sonno, 5 malarici (in stadi diversi della malattia), 1 malato di elefantiasi nostras, 19 leprosi (forma nodulare, nervosa o mista); 1 malato di amebiasi intestinale, 23 luetici (fra cui un tabetico), 48 tubercolosi polmonari, 3 blenorragici, 1 infermo di ulcera venerea, 1 caso di erpete prepuziale, 1 sofferente per esiti di craniectomia per frattura della volta, 1 per fistola anale, 1 per otite media purulenta, e su alcuni indivdui normali, le reazioni di Auricchio e Chieffi, di Brahamachari, di Chopra-Gupta-David e di Gatén e Papacostas.

Conclude che nessuna di esse è specifica della l. v. perchè oltre che nella l. v. esse han dato risultato positivo anche in altre malattie, e precisamente nella tripanosomiasi (malattia del sonno) nella malaria, nella lepra e nella lue. La reazione di Brahamachari è riuscita negativa in 1 bambino a quella di Chopra-Gupta-David riuscì negativa in 4.

Al riguardo del valore pratico che dev'essere attribuito alla reazione di Auricchio e Chieffi per la diagnosi della l. v., l'O. non può ancora emettere una opinione definitiva. Continuerà le indagini al riguardo ed, in un lavoro successivo, tenterà anche di dare la spiegazione del meccanismo col quale avvengono questa e le altre reazioni.

Discussione: COZZOLINO, FRANCO.

Ulteriore contributo alla conoscenza del morbo di Buerger.

Dott. A. DE BLASI. — Tre casi di gangrena giovanile servono di base ad alcune considerazioni sull'anatomia patologica, etiopatogenesi, diagnosi, prognosi e terapia della forma morbosa. Viene sopratutto richiamata l'attenzione sulla particolare estensione del processo (in un caso lesioni coronariche, in un altro gangrena delle dita delle mani e dei piedi) e sulla possibilità di guarigione spontanea di lesioni trofiche spesso importanti. In base all'esame microscopico l'O. dimostra la non specificità di alcune lesioni vasali descritte nel m. di Buerger, riscontrate anche in casi di processi infiammatori (flemmoni) o nella gangrena arteriosclerotica.

Discussione: FRANCO, BOGLIOLO.

Il Segretario: Dott. A. DE BLASI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Catamnesi e prognosi della ipertonia.

Per R. Engel, (*Deutsche Mediz. Wochenschr.* n. 13, 1935), « catamnesi » è la storia delle vicende del paziente dal momento della sua dimissione dalle cure, fino alla sua morte. Su 1012 uomini affetti da ipertonia erano morti 512 dopo nemmeno 10 anni dalla dimissione. La età media di morte è stata di 60 anni, questo dimostra che la ipertonia non è una malattia da in vecchiamento. La prognosi dipende in gran parte dalla altezza e dalla fissità o meno, della pressione. Dei pazienti con una pressione sistolica superiore ai 200 sono morti in meno di 10 anni, i 4/5 di quelli a pressione fissa, i 3/5 di quelli a pressione non fissa. Invece dei pazienti la cui pressione variava tra 165 e 200 sono morti nello stesso spazio di tempo la metà di quelli a pressione fissa, 1/4 di quelli a pressione non fissa. In un quarto di tutti i casi si sono verificate delle apoplessie: il primo ictus apoplettico può procedere anche di molti anni la apoplessia mortale. Lo stato di scompenso cardiaco rende la prognosi grave anche se la pressione è inferiore ai 200, è però sempre più grave nei pazienti a pressione più elevata. Particolarmente infausti per la prognosi sono la isostenuria e la ritenzione azotata, nel sangue. L'albuminuria, la cilindruria e la ematuria aggravano di molto la prognosi degli ipertonici: di quelli con cilindruria era morto il 75 % in meno di 10 anni. La cattiva prognosi è data non dalla nefrite per sè, ma dalla associazione di questa alla ipertonia; infatti nello stesso spazio di tempo, era morto il 15 % dei nefritici senza ipertonia.

R. POLLITZER.

L'extrasistole.

E. Frommel (*Rev. méd. Suisse romande*, genn. 1935) distingue varî tipi di pazienti che soffrono di extrasistoli.

1) *Malati con affezioni nervose e gastriche.* Soppressione del tabacco, caffè, tè; regolarizzazione delle digestioni. Combattere la costipazione, somministrazione di belladonna (X gocce della tintura, per 10-15 giorni). A digiuno, polveri caolino-magnesiache; bismutate, I bromuri ed il luminal, senza essere nettamente controindicati non sono indispensabili. Utili possono essere alcuni calmanti anodini (valeriana, crataegus, passiflora) come:

Tint. di crataegus;
Tint di passiflora ana g. 3;
Tint. di valeriana g. 6;
Idrolato di menta q. b. per g. 100;

1-2 cucchiaini in un po' d'acqua zuccherata quando il paziente va a letto.

Utili sono le docce tiepide (a 35° di durata di un minuto e mezzo), da continuarsi per circa un paio di mesi.

2) *Malati con disturbi endocrini.* Per la tiroide, idroterapia, accompagnata da faradizzazione quotidiana (10 minuti) della tiroide. Per l'ovaio, lassativi salini, preparati di valeriana, opoterapia, iniezioni di follicolina (1-2 al mese). Nel morbo di Basedow, l'A. consiglia il liquido di Lugol.

Possono essere usate la chinina e la chinidina a dosi minime:

Bromidrato di chinina cg. uno;
Solfato di sparteina cg. due;
Estr. di valeriana q. b. per una pillola, N. 30.

Una prima dei pasti principali. per 15 giorni al mese.

3) *Malati con affezioni cardiache.* Fiessinger e Gallavardin (*Journ. des praticiens*, 13 marzo 1935) hanno rilevato che spesso delle extrasistoli di origine nervosa si mutano, verso la sessantina, in aritmie di origine cardiaca. In tali condizioni, si ordinerà della digitalina, alternata con lo strofanto: 5 gocce della soluzione di digitalina al 1/1000 per 3-4 giorni la settimana; nei 3 giorni seguenti, un granulo di estratto di strofanto (da 1 mg.) prima del pasto del mezzogiorno e della sera. Quando si manifesta l'insufficienza ventricolare, la digitalina va prescritta più a lungo (8 giorni di seguito, eventualmente somministrando per 3-4 giorni 2 volte al giorno le V gocce); 48 ore di riposo. Se i ventricoli si dilatano, prescrivere, inoltre, il riposo in letto, il regime idrolatteo di riduzione e la teobromina (dosi da 50 cg. 2 volte al giorno per 15 giorni).

fil.

Il trattamento dell'angina pectoris.

T. F. Cotton (*The Lancet*, 16 marzo 1935) osserva che vi sono tre tipi di angina ed il trattamento varia secondo ciascuno di essi: da trombosi delle coronarie, spastica e da sforzo. Vi prendono parte anche dei fattori extracardiaci; gli eventi circolatorii possono essere in rapporto stretto con modificazioni strutturali o disturbi funzionali di altre parti del corpo. La somiglianza dei sintomi delle malattie della cistifellea o di altri disturbi del tratto digerente con quelli anginosi costituisce talvolta una grave difficoltà per la diagnosi. Quando la cistifellea è la sede della malattia ed il dolore anginoso è dovuto ad un disturbo delle coronarie od alla cistifellea? L'A. cita 27 casi con accessi anginosi, in malattie della cistifellea; 10 di essi furono operati e 9 furono liberati dal dolore in tal modo; 2 ne furono liberati con una dieta adatta; soltanto in 3 (su 15 esaminati radiologicamente) vi era dilatazione cardiaca. Resta provato che le malattie

organiche o funzionali di altri visceri possono provocare il dolore anginoso; probabilmente, si tratta di pazienti, che sono potenzialmente degli anginosi, con lesioni coronariche non riconoscibili.

La tiroidectomia ha dato buoni risultati nell'angina; l'adrenalina, che provoca gli accessi negli anginosi, dopo l'operazione perde il suo effetto. Il valore dell'operazione può essere attribuito all'alterata reazione del sistema cardiovascolare all'adrenalina.

C. Bramwell (*Ibidem*) propone di abolire il termine di « falsa angina », perchè il nome di angina implica sempre il timore di morte improvvisa. Il dolore che simula l'angina (escluse le cause digestive) abbastanza raramente è dovuto a neurosi da ansietà o ad esaurimento nervoso generale. Nel primo caso, non si ha il quadro tipico ed il trattamento è puramente psicologico; il secondo colpisce specialmente le donne nella prima età della vita e si manifesta con una molteplicità di sintomi; il dolore è sottomammario e persiste dopo l'esercizio piuttosto di sorgere soltanto in conseguenza di questo; il trattamento comprende il riposo ed i calmanti, ma si hanno ricadute.

L'angina è ora generalmente attribuita ad ischemia del miocardio; il rapido abbassamento della tolleranza all'esercizio indica un progressivo restringimento delle coronarie.

Nei casi gravi di trombosi coronaria acuta, si userà largamente la morfina ed il paziente verrà salvaguardato da complicazioni. La morte improvvisa è dovuta probabilmente alla fibrillazione ventricolare; l'abbassamento rapido della pressione sanguigna provoca generalmente lo « shock » e va trattato; dopo lo « shock », vi è sempre il pericolo di una rottura del cuore per tre settimane, sicchè il paziente dovrà essere tenuto in riposo assoluto durante tale periodo. In molti, si ha un'insufficienza cardiaca congestizia e sono quindi soggetti ad ulteriori accessi.

È poi importante il distinguere tra i fattori che producono l'ischemia e quelli che tendono ad aggravarla, fra i quali vanno inclusi quelli nervosi. Si deve tener presente che i varî individui variano assai nella loro sensibilità al dolore; in quelli eccitabili, il « meccanismo detonante » si trova assai vicino alla superficie e, quindi, pronto a scattare. Un problema importante è sempre quello dell'ansietà, che va accuratamente trattata, specialmente con la medicazione simpatica.

Le condizioni tossiche, il fumare in modo eccessivo e la sepsi alimentare aggravano le condizioni. Importante è l'obesità, che tende a provocare l'angina, mentre la mancanza di esercizio tende ad aumentare l'obesità stessa, avendosi così un circolo vizioso, che va spezzato. Un certo esercizio, opportunamente graduato, può pertanto essere utile: è vero che si ha spesso un grande beneficio col riposo completo, ma nei casi meno gravi, basta un giorno in letto di tanto in tanto. Bisogna che il paziente eviti l'esercizio che gli è dannoso ed adatti la sua vita al passo del suo cuore. Un altro fattore aggravante è l'alta pressione.

fil.

L'esercizio muscolare nei cardiopazienti.

S. H. Proger e C. Korth (*Archiv. internal med.*, febbr. 1935) hanno sottoposto 6 cardiopazienti ad un lavoro fisico, facendoli pedalare su una bicicletta ferma con delle resistenze variabili, continuando per 1-2 ore al giorno. Nessun cambiamento si ebbe nella frequenza del polso, o di respiro (in un caso diminuzione), ventilazione polmonare e consumo di ossigeno.

In 3 pazienti con affezione aortica e mitralica, si ebbe un notevole miglioramento nella risposta all'esercizio, nel senso di poter compiere un lavoro maggiore; un paziente con malattia mitralica non subì cambiamenti, mentre un altro peggiorò; lieve miglioramento ebbe un paziente con fibrillazione auricolare e doppio vizio mitralico. Nei 3 pazienti notevolmente migliorati vi fu un leggero rallentamento della velocità sanguigna in riposo e si osservarono delle modificazioni elettrocardiografiche.

La ragione del vario modo di reagire non è chiara; ad ogni modo, non è possibile prevedere quale tipo di paziente sia suscettibile di miglioramenti con l'esercizio; nei casi degli AA., migliorarono soltanto quelli con doppio vizio mitralico ed aortico. Si può ritenere che, durante l'allenamento, si abbia un adattamento fra il grande e piccolo circolo, più facile a verificarsi nei pazienti con il disturbo bilanciato delle due valvole. Lo scarso numero di casi non permette però delle conclusioni in tal senso.

Nel periodo di allenamento, vi è un notevole parallelismo fra la frequenza del polso ed il consumo di ossigeno.

fil.

TECNICA MEDICA

Nuovo metodo di respirazione artificiale.

S. Jellinek (*Bruxelles-Médical*, n. 16, 1935) distanziandosi dai comuni metodi di respirazione artificiale (Boland, Pacini, Marshall Hall, ecc.) basati come è noto su trazione o compressione della gabbia toracica, ne propone, su basi anatomiche e fisiologiche, uno nuovo, di facile attuazione e senza inconvenienti.

La manovra di questo metodo è semplice. Si colloca sotto il dorso del paziente, fra le due scapole, un supporto qualunque, si prendono le due spalle o, per meglio dire, le due regioni della testa dell'omero e si portano con tutta forza in avanti e, mantenutele, per qualche secondo in questa posizione, si ripete la manovra 10-15 volte per minuto. Con questo metodo la clavicola viene sollevata e legger-

mente ruotata intorno al suo asse, le coste si sollevano per allontanamento brusco dei due punti d'inserzione dei muscoli grande e piccolo pettorale, la colonna vertebrale si estende. La lingua del paziente è mantenuta a posto dall'indice e medio della sua stessa mano, la quale con una fascia che avvolge il polso viene legata dietro la nuca. DE MURO.

MEDICINA SOCIALE.

Lesioni dei menischi nei lavoratori con strumenti ad aria compressa.

Regensburger (*Zbl. f. Chir.*, n. 47, 1934) ha avuto occasione di osservare ed operare tre casi di distacco del menisco interno in operai che lavoravano da tempo con strumenti ad aria compressa (perforatrici ecc.).

Questi operai spesso adoperano gli arti inferiori per dirigere l'azione dei loro strumenti così che i menischi, per la loro funzione di « cuscinetto » fra le superfici articolari del ginocchio, sono sottoposti a una prolungata azione di compressione e trazione la quale può determinare alterazioni di nutrizione e lesioni degenerative.

Il distacco di un menisco può verificarsi anche a distanza di tempo, in occasione di uno sforzo, o come malattia apparentemente spontanea; mentre in realtà non si può disconoscere l'importanza del trauma professionale, sia pure come concausa o causa predisponente.

Però sia clinicamente che radiologicamente non si ha alcun dato sicuro per riportare l'affezione a cause professionali. G. PACETTO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Alterazioni patologiche dei plessi intramurali nel cosidetto cardiospasmo.

W. Rieder (*Zentbl. f. Chir.*, 1935, n. 3, p. 130) osserva che la funzione del cardias è legata ad un riflesso fisiologico, che è di natura peristaltica (Baylin e Starling); sotto l'azione di onde di rilasciamento e di altre di contrazione lo sfintere cardiale si apre o si chiude. In mancanza di questo meccanismo può venire una chiusura continua, la quale può corrispondere ad uno stato fisiologico, se manca soltanto il rilasciamento, che porterebbe all'apertura; oppure può rappresentare un vero spasmo patologico.

Tagliando le fibre del vago decorrenti sul cardias si ha subito cardiospasmo che fu accertato radiologicamente anche 3 settimane dopo la sezione.

L'A., negli animali ai quali sezionò il vago o le fibre del vago, ha dimostrato istologicamente degenerazione o disfacimento dei gangli intramurali, con vacuolizzazione e degenerazione nucleare.

Lo stesso reperto istologico l'A. ha potuto dimostrare in preparati allestiti dal cardias di due individui venuti a morte e che erano affetti da cardiospasmo. Egli riporta le figure di quattro cellule isolate, che dimostrano gradi diversi di degenerazione: dalla iniziale alterazione strutturale della cellula gangliare, con netto contorno del nucleo, il quale può essere spostato eccentricamente, ai gradi più avanzati e diffusi, nei quali si dimostra l'irregolarità dell'orlo nucleare, oppure la suddivisione del nucleo in preda a vacuolizzazione e rigonfiamento, oppure disfacimento completo del nucleo, del quale si rinvengono dei residui. I fasci nervosi pure subiscono fenomeni degenerativi sotto l'aspetto di rigonfiamento, alterazioni strutturali dei contorni come varici, aspetto di vacuoli e degenerazione a zolle. Ed anche i reperti istologici umani negli stadii avanzati attestano degenerazione granulare degli elementi nervosi del plesso di Auerbach nel cardias, fino alla mancanza della struttura cellulare.

Tali reperti si possono del tutto confrontare a quelli dei cani, nei quali si era praticata la sezione dei fasci cardiali dei vaghi. JURA.

FORMULARIO.

Nell'influenza.

Nageotte-Wilbouchewitch (*Presse méd.*, 20 febbr. 1935) consiglia, oltre alla medicazione di « shock » (metalli colloidali) ed al siero antidifterico, la seguente mistura:

Cloridrato d'ammonio g. 4;
Sciroppo di fiori d'arancio;
Sciroppo semplice ana cmc. 25;
Acqua q. b. per cmc. 250.

Un cucchiaio ogni due ore, giorno e notte per 24 ore; in seguito, distanziare la somministrazione.

Ungere con essenza di trementina tutto il corpo, salvo il torace: su questo, applicare delle coppette. Disinfezione delle cavità nasali con eucaliptolo (g. 0,10) in olio di oliva (g. 10). Niente antitermici. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI

All'abb. dott. B. M. da P., N. 7779:

Terminato l'allattamento e bene avviata l'alimentazione, più presto si opera, tanto è meglio. Alla fimosi suole spesso accompagnarsi stenosi del meato e la vescica ne soffre. T. FERRETTI.

VARIA

I centenari nella Bulgaria.

Un censimento effettuato il 31 dicembre 1934 in Bulgaria ha accertato che in questa nazione vivono 160 persone che hanno superato i 100 anni; si tratta di contadini, montanari ed operai; i loro genitori hanno superato quasi sempre l'età di 80 anni. I due terzi incirca di questi centenari non sono fumatori; circa 80 % sono bevitori. Verranno sottoposti ad esami medici.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Il Regolamento dei concorsi a posti di Sanitari addetti ai servizi dei Comuni e delle Provincie.

La « Gazzetta Ufficiale » n. 80 del 5 aprile, ha pubblicato il R. Decreto 11 marzo 1935 n. 281, che approva il regolamento dei concorsi a posti di sanitari addetti ai servizi dei Comuni e delle Provincie, ed una successiva circolare dell'8 aprile di S. E. Buffarini ha dato ai Prefetti particolareggiate istruzioni sulla sua applicazione. Il regolamento, che interessa una larga categoria di sanitari, disciplina i concorsi per gli ufficiali sanitari, pei sanitari condotti (medici, veterinari, levatrici), per il personale degli uffici sanitari comunali e dei servizi di vigilanza igienica e d'ispezione all'assistenza sanitaria, e per quello dei servizi sanitari delle provincie (laboratori d'igiene e profilassi, servizi integrativi di assistenza e di vigilanza igienica e profilassi). Ne riferiamo le disposizioni principali.

Ufficiali sanitari. Per gli ufficiali sanitari i concorsi, per titoli ed esame, sono banditi dal prefetto, entro il dicembre di ciascun anno, per i posti vacanti nella provincia al 30 novembre precedente. Però il primo concorso sarà indetto entro il maggio del corrente anno. Oltre a presentare i consueti documenti, i candidati debbono dichiarare, sotto pena di esclusione dal concorso, le sedi per le quali, secondo l'ordine di preferenza, intendono concorrere.

Riguardo all'importante questione del limite di età di anni 32, il regolamento stabilisce che esso è elevato di 5 anni per coloro che hanno prestato servizio militare durante la guerra 1915-18, ed è fissato in anni 39 per i mutilati e invalidi della guerra e della causa nazionale e per i decorati al valore militare. Tutti i limiti suddetti sono elevati di 4 anni per gli iscritti al P. N. F. anteriormente al 28 ottobre 1922. Sono esenti dai limiti di età, oltre i medici provinciali e prov. aggiunti, i sanitari in servizio, con nomina in seguito a concorso, presso uffici sanitari comunali o laboratori provinciali d'igiene e profilassi, o quelli rimasti privi di posto per l'unione in consorzio di più Comuni.

La Commissione giudicatrice del concorso è composta di un funzionario civile dell'Amministrazione dell'interno, che presiede, due docenti universitari, dei quali uno d'igiene e uno di clinica o patologia medica, un funzionario medico dell'amministrazione della Sanità pubblica e un ufficiale sanitario capo di ufficio sanitario comunale. La data e la sede degli esami sono fissate dal Ministero dell'interno. La valutazione dei titoli viene fatta secondo l'ordine di preferenza indicato dal regolamento (servizi e titoli d'igiene, servizi ospitalieri, titoli di studio, pubblicazioni, ecc.); le prove di esame sono cinque: due pratiche (di laboratorio e sul malato), due scritte (malattie infettive, parassitarie e di origine alimentare - igiene generale e speciale) ed una orale (materie delle prove precedenti, legislazione sanitaria e corporativa, statistica demografica e sanitaria). I programmi particolareggiati saranno stabiliti con decreto del Ministero dell'interno.

Ogni commissario dispone di 10 punti per il giudizio sui titoli, di 10 punti per ciascuna delle prove pratiche e scritte e di 10 punti per la prova orale. Occorrono almeno 6/10 nelle prove pratiche per l'ammissione a quelle scritte, ed una media di 7/10 nel complesso delle prove scritte e pratiche e non meno di 6/10 in ciascuna di esse per l'ammissione alla prova orale. Per l'idoneità sono necessari almeno 7/10 in quest'ultima prova. La Commissione forma la graduatoria degli idonei secondo l'ordine della votazione ottenuta da ciascun candidato, risultante dalla somma:

a) dei punti conseguiti nei titoli;

b) della media espressa in cinquantesimi dei punti conseguiti nel complesso delle prove pratiche;

c) della stessa media per le prove scritte;

d) dei punti conseguiti nella prova orale.

La Commissione non può valersi della facoltà, concessa dall'art. 36 del T. U. delle Leggi Sanitarie, di dichiarare inefficace l'esito del concorso per uno o più posti, quando vi siano concorrenti che abbiano riportato una media di punti non inferiore ai quaranta cinquantesimi.

Il prefetto approva la graduatoria degli idonei e provvede alla loro nomina, secondo l'ordine della graduatoria stessa, sino all'attribuzione di tutti i posti, per la sede che i candidati avranno indicata per prima nell'ordine delle loro preferenze. In caso di vacanza, entro sei mesi dalla pubblicazione della graduatoria, è nominato il concorrente idoneo che segue quello il cui posto è rimasto vacante.

Prima di bandire i concorsi pubblici per posti singoli, previsti dall'art. 34 del T. U. delle Leggi Sanitarie (capoluoghi di provincia, Comuni sedi di importanti industrie o dichiarati stazioni di cura soggiorno e turismo), che possono essere indetti in ogni tempo, si deve esaminare l'opportunità di far precedere un concorso interno a norma dell'art. 35 del T. U. (fra ufficiali sanitari in servizio nominati per concorso).

Nei concorsi per soli titoli la Commissione giudicatrice è composta di sette membri in luogo di cinque, comprendendo due funzionari medici della Sanità pubblica, ed un funzionario dell'amministrazione civile oltre il presidente, il quale può essere anche un Consigliere di Stato.

Medici condotti. Per brevità ci limitiamo ad esporre quanto interessa i medici condotti, tralasciando di parlare dei veterinari e delle levatrici comunali. I concorsi hanno luogo per titoli ed esami e vengono banditi entro il dicembre per il numero dei posti vacanti nella provincia al 30 novembre precedente. I limiti d'età per l'ammissione sono elevati nella stessa misura indi

cata per gli ufficiali sanitari, e ne sono esentati i medici condotti in servizio nominati per concorso o quelli rimasti privi di posto per unione in consorzio di più condotte.

La Commissione giudicatrice, presieduta da un funzionario dell'amministrazione civile dell'interno, è composta di un funzionario medico della Sanità pubblica, di due docenti universitari, dei quali uno in clinica o patologia medica e l'altro in clinica chirurgica od ostetrica, o di primari di ospedale di almeno cento letti, e di un medico condotto. Anche per questi concorsi è stabilito l'ordine di preferenza per la valutazione dei titoli (servizi di titolare di condotta, servizi di ruolo in ospedali, docenza, specializzazioni, titoli di studio, interinati, pubblicazioni, ecc.); l'esame consiste di due prove pratiche, di cui una in medicina e l'altra in chirurgia ed ostetricia; quella di medicina può essere integrata con ricerche diagnostiche di laboratorio. I programmi particolareggiati sono stabiliti con decreto del Ministero dell'interno, al quale spetta pure di fissare la data e la sede degli esami. L'approvazione della graduatoria è fatta dal prefetto colle stesse modalità dei concorsi per ufficiali sanitari.

Per i concorsi per titoli, previsti dagli art.li 64 e 73 del T. U. Leggi Sanitarie, in caso di unione in consorzio di più Comuni o di unificazione di due o più condotte, la Commissione è composta nello stesso modo che per i concorsi per titoli ed esame.

Medici degli uffici sanitari comunali. I concorsi per i posti degli uffici sanitari comunali si svolgono colle stesse modalità di quelli per gli ufficiali sanitari; l'esame verte sulla stessa materia e può essere integrato con un'altra prova su materia specialmente attinente al posto; il programma particolareggiato è deliberato dal podestà, approvato dal prefetto e omologato dal Ministero.

I posti di personale medico dei servizi d'ispezione sull'assistenza sanitaria, dove esistono, sono conferiti per concorso interno fra i medici condotti del Comune, con nomina stabile, dando la prevalenza, nella valutazione dei titoli, a quelli relativi alle conoscenze nel campo dell'assistenza pubblica, dell'assistenza sociale e dell'igiene generale. Anche le promozioni del personale medico dei servizi di vigilanza igienica e profilassi e di ispezione sull'assistenza sanitaria, avvengono per concorso interno in base a norme deliberate dal podestà; quando il concorso interno dia esito negativo si fa luogo al concorso pubblico per titoli ed esame.

Medici addetti ai servizi della provincia. Per i posti di assistente nei laboratori provinciali d'igiene e profilassi i concorsi sono per titoli ed esame e valgono per essi le norme generali indicate per i concorsi di ufficiale sanitario. Sono esclusi dai limiti di età gli aiuti e assistenti di ruolo delle Facoltà mediche universitarie ed i sanitari già in servizio, nominati per concorso, in laboratori di igiene e profilassi dello Stato o di altri enti pubblici. La Commissione giudicatrice è presieduta da un funzionario dell'amministrazione civile dell'interno e composta di due docenti universitari, particolarmente competenti nelle materie su cui verte il concorso, di un funzionario dei laboratori dell'Istituto di Sanità pubblica e di un direttore di reparto di laboratorio provinciale d'igiene e profilassi. Per la valutazione dei titoli è stabilito un ordine di preferenza (servizi, con nomina per concorso, in laboratori statali, provinciali o comunali, docenza universitaria, titoli di studio, pubblicazioni, ecc.). L'esame consiste in tre prove pratiche di laboratorio, una prova scritta ed una prova orale, su programmi stabiliti dal Ministero dell'interno.

Per la promozione ai posti direttivi (direttori e coadiutori) il concorso è interno per titoli ed esame ed alle prove indicate per gli assistenti se ne aggiunge un'altra scritta di igiene generale, e, per il posto di direttore, una prova di autopsia di cadavere umano. In seguito ad esito negativo del concorso interno si effettua un concorso pubblico fra il personale dei laboratori provinciali d'igiene e profilassi e gli aiuti ed assistenti delle Facoltà universitarie di medicina e chirurgia. In linea di massima le norme ricordate per i posti di sanitari comunali si applicano anche ai concorsi per il personale sanitario addetto ai servizi integrativi di assistenza, vigilanza igienica e profilassi istituiti dalle provincie a termini degli articoli 92, 93, 94 (ultimo comma) del T. U. Leggi Sanitarie (condotte, dispensari per le malattie sociali, istituti di isolamento e disinfezione, ambulatori antirabici, ecc.).

Fra le norme di carattere generale è importante rilevare che la circolare ministeriale stabilisce che la graduatoria formata dalla Commissione giudicatrice deve comprendere tutti i candidati risultati idonei, che abbiano cioè riportato la votazione minima prescritta, tenendo presente che nella valutazione dei titoli non è prescritta una votazione minima, e che non è consentita la valutazione *ex-aequo* di più concorrenti, dovendo, a parità di punti, osservarsi l'ordine di preferenza stabilito nel R. D. Legge 5 luglio 1934 n. 1176.

Infine una disposizione transitoria applica al primo concorso, che sarà bandito per i posti di ufficiale sanitario e sanitario condotto, il disposto dell'art. 3 del R. D. Legge 23 marzo 1932 n. 227. In base ad esso sono ammissibili al primo concorso:

— tutti i concorrenti che non abbiano compiuto 35 anni;

— gli ex-militari della guerra 1915-18 che non abbiano compiuto 40 anni;

— gli invalidi e mutilati di guerra e della causa nazionale e i decorati al valor militare che non abbiano compiuto 42 anni;

— gli iscritti, senza interruzione, al P. N. F., anteriormente al 28 ottobre 1922, che non abbiano compiuto 39 anni, o, trattandosi di ex-militari o invalidi come sopra, rispettivamente 44 o 46 anni;

— senza limiti di età, i concorrenti che alla

data del bando di concorso prestino servizio, non di ruolo, da almeno due anni, alle dipendenze di amministrazioni comunali o provinciali (a seconda dei rispettivi concorsi).

Si può concludere dal sommario esame fattone, che il decreto dell'11 marzo, disciplinando in maniera precisa e rigorosa tutta la complessa materia dei concorsi, ne assicurerà certamente il regolare funzionamento, tutelando validamente tanto l'interesse dei professionisti sanitari, quanto quello delle pubbliche amministrazioni.

A. FRANCHETTI.

Disciplina degli impianti di radiologia e radiumterapia.

La « Gazzetta Ufficiale » del 9 marzo ha pubblicato il R. Decreto 28 gennaio u. s., n. 145, che approvato il Regolamento per l'esecuzione delle disposizioni della Legge 29 gennaio 1934, n. 198, sulla disciplina degli impianti di radiologia e di radiumterapia. Per il disposto dell'art. 6 del regolamento suddetto chiunque possiede apparecchi per raggi X a scopo diagnostico deve farne denuncia al Prefetto con le modalità ivi prescritte. Inoltre l'art. 24 stabilisce che chiunque gestisca stabilimenti, istituti, gabinetti o ambulatori dove si usano a scopo terapeutico sostanze radioattive o raggi X deve farne denuncia al Prefetto entro il termine di mesi tre dalla pubblicazione del decreto.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CALTANISSETTA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Scad. 25 giugno; direttore del Consorzio e del Dispensario Prov.; L. 14.000 elevabili a L. 19.400 in 12 anni, oltre L. 4000 supplem. serv. att., lorde; età limite 40 anni; titoli ed esami. Rivolgersi alla Segreteria

MACERATA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Scad. 20 giugno; medico nell'Istituto per tubercolosi di Villa Monte Albano in Macerata; stip. lorde L. 6000 e 6 quadrienni decimo, oltre L. 2750 indenn. serv. att., indenn. c.-v., vitto (ovvero corrispettivo di L. 4000 annue, a scelta), alloggio (obbligatorio). Titoli. Età limite 40 anni. Tassa L. 50,10.

POTENZA. *Ospedale Provinciale « S. Carlo ».* — Al 26 maggio, ore 18; radiologo; L. 16.000 lorde e 3 quadrienni dec.; non diritto a compartecipazioni; tassa L. 50,10; età limite 35 anni; specializzazione in radiologia; chiedere annunzio alla Segreteria.

ROMA. *Istituto Nazionale Fascista della previdenza sociale.* — È aperto un concorso per titoli e per esami ai posti di Direttore sanitario degli Ospedali sanatoriali di Ascoli Piceno, Brindisi, Busto Arsizio, Cuneo, Imperia, Lecce, Ragusa, Taranto, Trapani.

Gli aspiranti dovranno, non più tardi del 31 maggio, presentare, facendosene rilasciare ricevuta, o far pervenire, per mezzo della posta, in piego raccomandato, con ricevuta di ritorno, alla Direzione Generale (Servizio Personale) dell'Istituto Nazionale Fascista della previdenza sociale in Roma, via Minghetti 22, i documenti. Età limite 45 anni. Titoli ed esami.

I vincitori del concorso dovranno prestare un servizio di prova per un periodo di due anni con facoltà di esonero da parte della Amministrazione anche prima della scadenza di tale periodo. L'assunzione definitiva in servizio avverrà con contratto d'impiego per 5 anni, che potrà essere rinnovato alla scadenza con deliberazione insindacabile del Comitato Esecutivo dell'Istituto Nazionale Fascista della previdenza sociale.

Lo stipendio annuo è di lire ventiquattromila, ridotto del 10 % a norma del R. D. L. 14 aprile 1934, n. 561, e aumentato degli accessori stabiliti dal regolamento.

Per il bando di concorso gli aspiranti potranno rivolgersi alla Sede Centrale dell'Istituto Nazionale Fascista della previdenza sociale (Servizio Personale).

SAMBUCA PISTOIESE (*Pistoia*). — Il concorso alla condotta consorziale è revocato.

SONCINO (*Cremona*). *Ospedale S. Spirito.* — Scad. 31 maggio; direttore; L. 9000 al netto dalle riduzioni di legge, quinquenni, 50 % proventi varî; abitaz. gratuita; età limite 40 anni. Rivolgersi alla Segreteria della Congregaz. di Carità.

TORRE DEL GRECO (*Napoli*). *Ospedale « Agostino Maresca ».* — Scad. 19 giugno; capo del reparto Maternità; titoli e prova pratica; assegno annuo L. 600 soggette alle trattenute di legge; rivolgersi alla Segreteria.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Alla fine dei lavori del Comitato esecutivo dell'Unione Internazionale di soccorso riunitosi il 26 e il 27 aprile alla sede della Lega della Croce Rossa in Parigi, sono state solennemente consegnate al senatore italiano Giovanni Ciraolo, presidente e fondatore del Comitato, le insegne di commendatore della Legione d'Onore.

Il Governo della Repubblica ha voluto così riconoscere l'alto valore umanitario dell'opera svolta dal sen. Ciraolo. Membro della Croce Rossa Italiana dal 1895 e dal 1907 del Comitato Centrale di cui oggi è presidente d'onore, fu il fondatore principale dell'Unione Internazionale di soccorso che ha la sua sede da due anni in Ginevra ed è uno dei più attivi organismi di solidarietà internazionale.

La Facoltà di medicina e chirurgia di Roma ha chiamato alla cattedra di clinica neuropsichiatrica il prof. Ugo Cerletti, ora a Genova, quale successore del prof. Sante De Sanctis; e alla cattedra di medicina legale il prof. Giuseppe Moriani, ora a Bologna, quale successore del prof. Salvatore Ottolenghi. Ai due insigni studiosi esprimiamo il nostro vivo compiacimento.

Il Consiglio della Società per gli studi della malaria, adunatosi il 24 aprile, ha nominato presidente il sen. ing. Natale Prampolini e vice-presidenti il sen. prof. Raffaele Bastianelli e il sen. prof. Giuseppe Sanarelli; ha confermato nella carica di segretario il prof. Giulio Raffaele ed in quella di economo il dott. Felice Jerace.

La Società Spagnola di Medicina del Lavoro ha nella sua seduta inaugurale tenuta a Madrid il 18

gennaio nominato per acclamazione membri d'onore il prof. Salvatore Diez di Roma, insieme con due altri stranieri: i proff. Badaer di Berlino e Tollinger di Zurigo.

Il Consiglio di Amministrazione del nuovo Ospedale Civile di Pescara ha nominato, in seguito a concorso, primario medico il dott. Renato Paolini, dello stesso Ospedale, e primario chirurgo il prof. Carlo Colucci, già direttore dell'Ospedale di Tivoli.

Il Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale di Lecco ha chiamato a coprire le funzioni di primario dei padiglioni « Maternità e Infanzia » il dott. Nicola Datronico e a dirigente della Sezione « Orecchi-naso-gola » il dott. Giuseppe Scarselli.

Il dott. G. Popoviciu è nominato titolare della cattedra di clinica propedeutica infantile dell'Università di Cluj (Romania); egli è noto per i lavori sull'ipervitaminosi D, sull'effetto rachitigeno del maiz ecc.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Mario Chiovenda, Nello Montanini, Carlo Panà, Manlio Sindoni, in anatomia e istologia patologica; Gerardo Mennonna, in batteriologia ed immunologia; Palmiero Delitala, Luigi Gobbi, in clinica chirurgica e medicina operatoria; Salvatore Gulotta, in clinica malattie nervose e mentali; Arturo Arrigoni, in clinica medica; Vincenzo Dogliotti, Corrado Scarpitti, Antonio Taddei, in clinica ostetrica e ginecologica; Felice Paradiso, Vito Saggese, Adelchi Simonini, Pio Valentini, in clinica pediatrica; Augusto Cardin, in fisiologia sperimentale; Mario Mazzeo, in igiene sperimentale; Ideale Del Carpio, Carlo Mangili, in medicina legale; Stefano Perriec, in neuropatologia; Corso Ciceri, Umberto Fogliani, Mario Trincas, in patologia chirurgica; Scipione Caccuri, Mauro Cavazzeni, in patologia speciale medica; Scipione Armenise, in psichiatria; Gustavo Tanfani, in storia della medicina; Antonio Gualdi, Giulio Maragliano, in tisiologia.

NOTIZIE DIVERSE.

9° Congresso internazionale di dermatologia e sifilografia.

Come abbiamo annunziato, avrà luogo a Budapest nei giorni dal 13 al 21 settembre 1935. Presidente del Congresso è il prof. Louis Nékam, direttore della Clinica Dermatologica locale. Può essere membro del Congresso ogni medico che presenti domanda al Segretario nazionale (l'ufficio di Segreteria per l'Italia, in attesa di nomina da parte della Società Dermatologica italiana del Segretario nazionale, è provvisoriamente presso la Clinica dermosifilopatica di Padova) fino al 1° agosto 1935. All'uopo è necessario pagare una tassa di 60 pengö d'oro per i membri ordinari e di 30 per le persone di famiglia. La somma deve essere inviata con vaglia postale internazionale all'Ufficio centrale del Congresso: Budapest, Egyetemi Börklinika, VIII, Mària, u. 41. Le lingue ufficiali sono: il francese, l'inglese, l'italiano ed il tedesco. Contemporaneamente al Congresso internazionale terrà le sue sedute il 14 settembre « l'Union internationale contre le péril vénérien ».

Nei primi due giorni del Congresso si riuniranno le particolari Commissioni e Conferenze, che, costituite dai membri di ciascuna nazione, svolgeranno il lavoro a ciascuna assegnato. Le Commissioni in numero di sei sono così ripartite: 1) Commissione permanente dell'Associazione internazionale di Dermatologia che si occuperà della sede del successivo congresso e delle questioni attinenti. 2) Commissione per la riforma della terminologia dermatologica. 3) Commissione per la classificazione delle malattie dermatologiche. 4) Commissione dell'insegnamento della dermatologia. 5) Commissione per lo scambio scientifico internazionale tra i dermatovenereologi. 6) Commissione per la pratica della dermatovenereologia. Le conferenze invece, in numero di 4, sono così ripartite: 1) Conferenza per lo studio della tubercolosi cutanea come malattia popolare. 2) Conferenza per lo studio delle questioni inerenti alla difesa contro le malattie veneree. 3) Conferenza che si occuperà dell'importanza sociale delle malattie professionali della pelle. 4) Conferenza di dermatovenereologia comparata.

Fanno parte delle Commissioni e delle Conferenze per l'Italia i professori: Mario Truffi, Giuseppe Mariani, Ludovico Tommasi, G. B. Fiocco, Jader Cappelli, P. Cerutti, E. Balbi.

Le relazioni che saranno trattate al Congresso riguarderanno i temi seguenti: Studi moderni sulle funzioni della pelle; Reciprocità, correlazione ed antagonismo fra pelle ed organi interni; L'importanza dell'allergia in dermatologia e sifilologia; Disturbi del metabolismo in dermatologia (incluse l'avitaminosi d'origine endocrina); L'importanza delle influenze esterne sulla forma e sul numero delle malattie cutanee; Virus filtrabili e loro importanza nell'etiologia delle malattie cutanee; Nuove ricerche sulla patologia della tubercolosi; La terapia medicinale ed immunbiologica non specifica della sifilide; I criteri della guarigione della sifilide.

Sono relatori e correlatori per l'Italia i prof. A. Pasini e collaboratori, F. Flarer, G. Bertaccini, L. Tommasi, G. Truffi, ecc.

Vi saranno inoltre discorsi solenni, non seguiti da discussione, su questioni di attualità nel campo dermatovenereologico, tenuti da spiccate personalità. Inoltre saranno accettate comunicazioni

personali inerenti ai temi di relazione od estranee ad essi, purchè inviate tempestivamente al Segretario generale del congresso a Budapest. I lavori del Congresso verranno stampati, nelle lingue ufficiali ammesse, in tre volumi.

Durante il Congresso verranno presentati casi clinici particolarmente interessanti; saranno predisposte proiezioni istologiche con la collaborazione di autori specialmente indicati e vi sarà pure un'esposizione di moulages, apparecchi scientifici, specialità medicinali, preparati istologici, fotografie, una particolare collezione micologica, ecc.

Un'impresa turistica ungherese (I.B.U.S.Z., Ufficio di Viaggi ufficiale delle Ferrovie dello Stato Ungherese, V. Vigadò, Budapest) curerà l'alloggio dei congressisti nei grandi alberghi di Budapest con tre categorie di prezzi. Probabilmente si otterranno riduzioni ferroviarie ed il visto gratuito sui passaporti. Una speciale Commissione provvederà all'organizzazione di escursioni e di rappresentazioni artistiche. Verranno date informazioni in proposito.

Congressi medici vari.

Il Governo Italiano ha designato il sen. prof. Nicola Pende a rappresentarlo nelle giornate mediche internazionali di Bruxelles. Queste saranno dedicate quasi interamente all'Endocrinologia, e sarà la prima volta che i principali endocrinologi del mondo si riuniranno a congresso.

Il prof. Pende farà un rapporto sul tema « L'action des médicaments et des aliments sur le systhème endocrino-sympathique ».

In occasione di queste giornate mediche sarà pure tenuto il 7° Congresso Internazionale di educazione fisica, al quale parteciperanno cultori italiani dell'O. N. B. e della Medicina Sportiva. Anche in questo Congrrsso il sen. prof. Pende parlerà sul tema « Médecine Constitutionnelle et Médecine sportive » e proietterà un film Luce dimostrante il metodo Italiano dell'esame biotipologico dell'atleta.

Si annuncia che la 1ª Riunione dei Chirurgi Ospedalieri, che hanno inviato la loro adesione per la costituzione della Società Italiana dei chirurgi ospedalieri, sarà tenuta in Roma il 20 maggio nella sala dell'Accademia Lancisiana presso l'Ospedale della Consolazione.

Ricordiamo che il 1° Congresso internazionale di gastro-enterologia è indetto a Bruxelles dall'8 al 10 agosto, in occasione dell'Esposizione internazionale universale. Segretario generale ne è il Dr. George Brohee, rue de la Concorde 64, Bruxelles.

L'Associazione internazionale di talassoterapia terrà il suo 7° Congresso a San Sebastiano (Spagna) dal 27 al 30 luglio; temi: « Trattamento delle adeniti cervicali », « Indicazioni e contro-indicazioni dei bagni di sole ». Sono in programma visite, escursioni, una serata di gala al teatro Vittorio Eugenio, una corsa di tori, un concerto, un banchetto ecc. Segretario generale del Comitato permanente è il Dr. G. Léo, avenue du Président-Wilson 50, Paris XVIe; il Comitato ordinatore ha sede alla plaza Bon Pastor 20, San Sebastián; è presieduto dal Dr. Emiliano Eizaguirre, Paseo de Colon 2, San Sebastián, cui sono da inviare le adesioni.

Al 9° Congresso di ginecologia ed ostetricia tenutosi ad Algeri, l'Italia ha partecipato, espressamente invitatavi, con una pregevole relazione « Sull'attività e sviluppi della protezione per la maternità ed infanzia in Regime Fascista ». Il delegato italiano on. prof. Tommaselli, ha riferito sul tema ed ha ottenuto un notevole successo.

La « National Tuberculosis Association » degli Stati Uniti terrà il suo 31° Congresso annuale a Saranac Lake, ove nel 1885 venne aperto il primo modestissimo sanatorio antitubercolare, dal dott. E. I. Trudeau, che fu anche il primo presidente dell'Associazione e che ha promosso negli Stati Uniti la campagna antitubercolare; questa ha portato a far funzionare più di 600 sanatorî.

La Società tedesca Röntgen terrà la sua 26ª adunanza a Berlino, dal 28 al 30 aprile, sotto la presidenza del prof. Baensch. Seguiranno, per gli stranieri, varie visite, dall'1 al 3 maggio. Informazioni presso la: Verwaltung des Langenbeck-Virchow-Haus, z. Hdn. des Herrn Ober-Ing. Mylius, Luisenstr. 58-59, Berlin NW 7, Germania.

Nei giorni 21 e 22 giugno avrà luogo a Vienna la 1ª adunanza dei medici oto-rino-laringologi austriaci, nella casa di Billroth (Gesellschaft der Aerzte, Frankgasse 8, Wien IX), sotto la presidenza di M. Hajek, G. Hofer, W. Krainz e H. Neumann.

Il 4° Congresso iberico di urologia è convocato a Cadige dal 22 al 25 luglio; temi: « Il valore dell'urografia »; « Trattamento della litiasi nefroureterale bilaterale ». Quote: 30 pesete pei titolari, 15 per gli aderenti. Segretario generale: Dr. Fernando Miraved; tesoriere: Dr. De la Maza, Velasquez 40, Madrid.

Il 3° Congresso di fisioterapia dell'U. R. S. S. è indetto a Odessa dal 25 al 30 agosto. Temi: « L'iperergia e la fisioterapia »; « Le malattie infettive e la fisioterapia »; « Il sistema nervoso vegetativo e la fisioterapia »; « Le onde corte nella biologia e nella medicina », « Il compito della pelle nel meccanismo dell'azione fisioterapica ». Per informazioni rivolgersi al presidente del Comitato organizzatore, Prof. S. Broustein, Arbat Screbrianny 2 per 5/7, Mosca, U. R. S. S.; i colleghi stranieri che volessero assistere al congresso, sono pregati di rivolgersi, per quanto riguarda le questioni di viaggio e dei visa ai passaporti, alle agenzie dell'« Intourist » (in tutti i Paesi).

La 1ª Conferenza panrussa sulla tubercolosi osteo-articolare si è tenuta a Leningrado dall'11 al 14 febbraio; era accompagnata da una Mostra.

Il 12 aprile ha avuto luogo a Milano un convegno interregionale della Società lombarda di chirurgia in comune con la Società emiliano-romagnola, presieduto dai proff. Mario Donati e Vittorio Putti. Furono trattati i temi: splenopatie chirurgiche; trattamento delle fratture di guerra; per questo secondo tema intervenne ufficialmente alla riunione la Società militare.

Dal 24 al 31 agosto si terrà a Roma un congresso di infermiere cattoliche, a cura del « Comité international d'études des Association catholiques d'infirmières »; sede della segreteria: rue Tiphane 16, Paris XVe.

La Società per gli studi sulla diagnosi delle malattie dall'iride, che aveva indetto un convegno, lo ha rinviato al prossimo autunno; probabilmente lo terrà nella prima metà di settembre.

Professori a riposo per i nuovi limiti d'età.

Da « L'Università Italiana » (maggio 1935) desumiamo che, in seguito ai nuovi limiti d'età, si renderanno libere le seguenti cattedre nelle Facoltà mediche: anatomia patologica a Pavia (prof. Achille Monti) e Parma (prof. Pietro Guizzetti); anatomia umana normale a Roma (prof. sen. Riccardo Versari); clinica dermosifilopatica a Modena (prof. Pio Colombini) e Pavia (prof. Umberto Mantegazza); clinica delle malattie del lavoro a Milano (prof. sen. Luigi Devoto); clinica delle malattie mentali e nervose a Bologna (prof. Carlo Ceni), Palermo (prof. Rosolino Colella), Parma (prof. Luigi Roncoroni), Perugia (prof. Cesare Agostini) e Pisa (prof. Giov. Battista Pellizzi); clinica medica a Napoli (prof. Giuseppe Zagari); clinica oculistica a Roma (prof. sen. Giuseppe Ovio); clinica ostetrica e ginecologica a Genova (prof. Innocente Clivio) e Napoli (prof. Giovanni Miranda); clinica pediatrica a Modena (prof. Riccardo Simonini); elettroterapia e radiologia medica a Napoli (prof. Francesco Paolo Sgobbo); fisiologia a Bari (prof. Giov. Battista Gallerani); igiene a Palermo (prof. Luigi Manfredi), Pisa (prof. Francesco Sanfelice), Roma (prof. sen. Giuseppe Sanarelli), Sassari (prof. Claudio Fermi) e Torino (prof. Arnaldo Maggiora Vergano); materia medica a Bologna (prof. Ivo Novi), Catania (prof. Filippo Arturo Foderà), Firenze (prof. Giusto Coronedi) e Napoli (prof. Pio Marfori); patologia generale a Bologna (prof. Eugenio Centanni), Genova (prof. Arnaldo Trambusti) e Torino (prof. Benedetto Morpurgo); patologia medica a Roma (prof. Agenore Zeri) e Torino (prof. Angelo Cecconi); semeiotica medica a Roma (prof. Giuseppe Bastianelli). Se resta valido l'art. 110 del T. U., il prof. Miranda conserverà la cattedra per l'anno accademico 1935-36, purchè cominci il corso all'inizio dell'anno.

Ai littoriali della cultura e dell'arte.

Questa manifestazione ha conseguito un pieno successo.

I temi per il convegno di scienze mediche erano: *a*) igiene della popolazione rurale; *b*) problemi dell'alimentazione del popolo italiano.

Le relazioni si sono svolte fra l'interesse vivissimo dei 110 partecipanti e dei numerosi ascoltatori.

Varie e diverse voci sono giunte dalle regioni originarie dei convenuti. Hanno parlato tra gli altri gli studenti: Amendola, Anducci, Ara, Aveni, Bartolozzi, Bartorelli, Beretta, Brovelli, Bruno Carlo, Bruno Giuseppe, Chiodi, D'Arrigo, Gardenghi, Minicuzzi, Moro, Reale, Sorrentino, Zerbini ecc.

La Giuria, formata dai proff. Amantea, Bottazzi, Cassinis, Lorenzini, Pende, Protti, Sangiorgi, segretario Perez, ha ascoltato attentamente. Sembrava una specie di esame libero e disinvolto, audace e felice: un soffio di energia franca e schietta nel togato ambiente accademico.

Il coordinamento dei servizi statistici e delle pubblicazioni statistiche.

Allo scopo di dare pratica attuazione alle disposizioni di cui all'art. 2 del R. D. Legge 27 maggio 1929, n. 1285, S. E. il Capo del Governo, con le circolari n. 5 del 4 gennaio 1930-VIII e n. 151 del 2 dicembre 1931-X, richiamò l'attenzione degli Enti parastatali e degli Organi corporativi e sindacali, come delle Amministrazioni statali e delle Amministrazioni pubbliche, sull'obbligo che loro incombe di sottoporre all'esame dell'Istituto Centrale di Statistica — il cui parere deve essere seguìto — sia i nuovi progetti di lavori statistici, sia le variazioni, sostituzioni o sospensioni delle statistiche già esistenti.

Ad evitare inconvenienti e ritardi, si invitano le Amministrazioni statali e pubbliche, gli Enti parastatali e gli Organi corporativi e sindacali, a volere, in conformità di quanto dispone il penultimo capoverso della circolare n. 151, del 2 dicembre 1931-X, far pervenire all'Istituto Centrale di Statistica, con cortese urgenza, i programmi particolareggiati dei nuovi lavori statistici che hanno intenzione di svolgere durante l'anno 1935, nonchè le proposte di modificazione o di soppressione di statistiche che già si eseguivano in precedenza.

Resta inteso che, in conformità di quanto S. E. il Capo del Governo dispose con l'ultimo capoverso della citata circolare n. 151, all'Istituto dovranno sempre essere sottoposte le bozze di stampa delle pubblicazioni aventi in tutto o in parte carattere statistico, per la preventiva autorizzazione alla stampa.

Azioni giudiziarie.

Il prof. Charles Platon, della Facoltà medica di Marsiglia, era stato revocato dalla cattedra, in seguito ad una condanna penale. Riconosciuto vittima di un errore giudiziario, venne riabilitato dalla Corte d'appello di Aix, con sentenza del 28 aprile 1928. A questa sentenza seguirono alcune inchieste ufficiali, che ebbero esito a lui favorevole. Senonchè, il Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione, in data 18 febbraio 1933, respinse la sua domanda di reintegrazione; perciò il ministro dell'educazione nazionale si è trovato nell'impossibilità di provvedere alla riassunzione.

Il Consiglio di Stato ha ora annullato la decisione del Consiglio Superiore della P. I. ed ha stabilito che il Consiglio stesso debba riprendere in esame la domanda, attenendosi ad una procedura regolare.

La Prefettura della Mosella aveva intentato causa, per abuso di fiducia, contro il dott. Ahreiner, medico-capo dell'Ospedale di Santa Maria Maddalena a Forbach (Metz), il quale aveva prelevato 40.000 fiale di morfina, del valore di 16.000 franchi, per i suoi bisogni professionali. Iniziata l'azione giudiziaria, egli si era dimesso ed aveva rimborsato l'amministrazione ospedaliera. Avanti il Tribunale correzionale si è difeso affermando di avere seguìto la consuetudine; il Tribunale ha accolto questa tesi e lo ha assolto.

Un po' dovunque.

Il sottosegretario di Stato alle Colonie on. A. Lessona ha pubblicato nel « Popolo d'Italia » del 25 aprile un articolo sui servizi sanitari nelle Colonie. Data la grande diffusione del giornale, ci esimiamo dal sunteggiare l'importante articolo e ci limitiamo a segnalarlo.

La Società di Cultura Medica Novarese si è adunata il 4 aprile, sotto la presidenza del prof. G. Dellepiane, assistito dal segretario dott. V. Gallina. Sono state fatte comunicazioni dai soci: U. Clerici Barozzi, G. Vercelli, L. Cabitto, G. F. Capuani, G. Dondi, A. Vanelli.

La Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio Veneto si è adunata il 20 marzo, sotto la

presidenza del prof. Coletti, assistito dal segretario dott. P. Fabris. Sono state fatte comunicazioni dai soci: Schenardi, Marta, Favaro, Tramontini.

La Società Medico-Chirurgica Trevigiana si è adunata il 5 aprile, sotto la presidenza del prof. A. Bozzoli, assistito dal segretario dott. M. Bortolozzi. Sono state fatte comunicazioni dai soci: C. Cella, G. Ronfini, G. Colesanti, L. Tomasi, A. Marta.

Il 2 febbraio venne fondata a Vienna una Società di roentgenologia e actinologia; alla presidenza è stato chiamato il prof. Kienböck.

L'Associazione d'insegnamento medico degli ospedali di Parigi annunzia un corso di perfezionamento sui disturbi del ritmo cardiaco, nell'Ospedale Tenon, sotto la direzione del prof. Camille Lion, dal 27 maggio al 6 giugno; seguirà una visita a varie stazioni idrominerali (5° V. E. M.); tassa d'iscrizione 250 fr.; quota pel viaggio 150 fr. Iscrizioni presso il Dr. Blondel, Hôpital Tenon, rue de la Chine 4, Paris.

Il R. Istituto Regina Elena per lo studio e la cura dei tumori, viale Regina Margherita 291 in Roma (direttore generale sen. prof. R. Bastianelli), ricorda ai signori medici che presso la Sezione anatomopatologica dell'Istituto funziona un centro per la diagnosi istologica dei tumori maligni. Si raccomanda di inviare i pezzi fissati preferibilmente in formalina al 10 % od, in mancanza di questa, in alcool allungato (circa con un terzo d'acqua) e di accompagnarli con alcune notizie cliniche. Le risposte verranno date entro il più breve tempo. Il Centro funziona gratuitamente per i malati poveri e con le tariffe del Sindacato Medico-Chirurgico per gli abbienti.

Un gruppo di stomatologi esteri che hanno partecipato al recente congresso di Bologna, ha voluto, prima di lasciare l'Italia, visitare l'Istituto superiore di Odontoiatria di Roma.

I professori stranieri, tra i quali Lopez Brea Lluria, della Università di Madrid, Ferrer Valls di Barcellona, Albert Sulke di Hannover e Hauptmeyer, direttore della Clinica odontoiatrica di Essen, hanno trascorso circa due ore nell'attenta visita dell'Istituto di cui il direttore prof. Perna ha illustrato il complesso funzionamento di ogni reparto e l'organizzazione dell'assistenza di cui beneficiano i fanciulli che a migliaia vi affluiscono.

Il prof. Hauptmeyer ha dichiarato che l'Istituto di Roma è « il più bello, il più grandioso ed il meglio organizzato fra gli altri nel genere che esistano nel mondo ».

L'Università di Budapest, intitolata al fondatore Pietro Pazmany, festeggia quest'anno il suo 300° anniversario. Le cerimonie più significative si terranno dal 25 al 29 settembre; comprenderanno, tra l'altro, il conferimento del titolo di dottori *honoris causa* a molti scienziati stranieri.

Per tale occasione la « Wiener Medizinische Wochenschrift » ha pubblicato un numero commemorativo.

L'istituto medico di Charcov celebra il 5 maggio il 125° anniversario di esistenza.

Ad Harlem è stato organizzato un posto di consulenza per epilettici.

Il 17 marzo venne inaugurato a Moulin (Francia), l'edifizio di un nuovo ospedale, capace di 1100 letti; è costato 6 milioni di franchi. Per le opere complementari è prevista la spesa ulteriore di 5 milioni. Presumibilmente l'ospedale sarà in grado di funzionare alla fine del 1936.

Su proposta del Ministro della Educazione Nazionale, con Decreto reale, a decorrere dal 29 ottobre 1935-XIV il R. Istituto Superiore di Medicina Veterinaria di Napoli è aggregato alla R. Università di Napoli, presso la quale costituirà una Facoltà di Medicina Veterinaria.

Ha avuto luogo presso il Commissariato straordinario di Napoli, duca Niutta, una riunione alla quale hanno partecipato altre autorità, diretta allo scopo di erigere una Casa dello Studente, nella regione di Fuorigrotta.

Il 1° aprile è stata aperta a Düsseldorf una delle quattro grandi scuole per dentisti che si è stabilito di far sorgere in Germania; è diretta dal dentista H. Ternes; è attrezzata nel modo più moderno; comprende, tra l'altro, un laboratorio di ceramica, uno di roentgenologia e actinologia, ecc.; la sala per protesi contiene 40 poltrone.

Nell'Istituto d'insegnamento per dentisti di Berlino si è aperta una sezione di protesi per difetti del palato.

Il compianto comm. Alfredo Ponti, già direttore generale e membro del Consiglio di amministrazione del Banco Ambrosiano, ha legato all'Ospedale Maggiore di Milano L. 200.000.

La signora Carolina Turconi ha legato all'Ospedale Maggiore la parte di sua proprietà di una casa di via Londonio 25 in Milano.

Il prof. L. Hédon ha tenuto a Montpellier, il 7 marzo, la lezione inaugurale di fisiologia, trattando il tema: Il contributo che si può ottenere dal cinema nell'insegnamento della fisiologia.

Il prof. Max Askanazy, ordinario di anatomia patologica a Ginevra, ha festeggiato il suo 80° compleanno e il trentennale della sua attività scientifica in quella Università. Il municipio lo ha nominato cittadino onorario e gli allievi gli hanno tributato una solenne manifestazione di affetto.

Gli allievi del corso di Clinica chirurgica tenuto dal prof. Laccetti nell'Ospedale Incurabile di Napoli hanno calorosamente festeggiato il suo 25° anno d'insegnamento. Al festeggiato sono state offerte un'artistica pergamena ed una medaglia d'oro.

Si è costituito a Vienna un comitato per l'erezione di un monumento in onore dei medici austriaci caduti in guerra.

Sotto l'egida del Presidente della Repubblica francese si è aperta una sottoscrizione nazionale per una Fondazione Roux, destinata a raccogliere i mezzi necessari per attribuire delle borse di studio, nell'Istituto Pasteur, a giovani medici.

È stato commemorato a Civitanova del Sannio il prof. Giuseppe Pianese; tenne il discorso commemorativo il prof. Jemma; erano presenti i proff. Bottazzi e Verga.

Il prof. Pestalozza è stato commemorato dal prof. Ugo Tropea in seno alla Società Medico-Chirurgica calabrese.

Il 6° viaggio organizzato da « Minerva Medica » avrà per mèta Bruxelles, passando da Parigi; si svolgerà dal 27 giugno al 4 luglio; in aggiunta al programma principale sono previste anche una dimora a Parigi e un'escursione in Olanda. Rivolgersi all'amministrazione, via Martiri Fascisti 15, Torino.

In occasione del tremendo disastro tellurico di Formosa, venne prestata opera sanitaria di soccorso efficacissima. È risultato, tra l'altro, che molti medici e molte infermiere in 48 ore non ebbero neppure un momento di tregua e di riposo.

Si ha notizia di due consultazioni mediche date pel tramite del Centro Radio-Medico di Roma diretto dal prof. Guido Guida, sulle navi italiane « Perla » e « Rosario », naviganti nell'Oceano Atlantico e nel Mar Nero; le consultazioni sono state date dai proff. Cesare Antonucci e Ermanno Mingazzini.

In Francia alcune ditte, che recano i nomi di Uffici, Centri e Società del radium, fanno un commercio attivo di apparecchi così detti radioattivi, ingenerando confusioni con l'Istituto del radium dell'Università di Parigi. La questione venne portata al parlamento dall'on. Hymans; il ministro dell'igiene ha assicurato di avere impartito istruzioni per disciplinare questo commercio.

L'autorità giudiziaria parigina sta occupandosi di un grosso scandalo, in cui sono implicati una quindicina di medici e giornalisti, accusati di aver spacciato, mediante ricette apparentemente regolari, considerevoli quantità di stupefacenti ad una larga clientela di intossicati. Uno di questi medici, il dott. Lourie, venne arrestato.

In Francia è scoppiato uno scandalo, nel quale sembrano compromessi qualche medico ed affiliati a partiti anarchici: suscitavano un insensato fanatismo per il quale non pochi incoscienti furono spinti a rinunziare ai requisiti della virilità.

Alle feste giubilari del cinema, svoltesi a Roma con l'intervento di Luigi Lumière, hanno partecipato 20 studenti della Facoltà di Parigi, invitati dal Governo italiano, accolti fraternamente.

Una nobile esistenza, quella del dott. conte generale medico LUIGI FERRERO DI CAVALLERLEONE, è venuta a mancare. Attraverso moltissimi anni di onorata carriera, Egli aveva raggiunto il grado di ispettore generale della Sanità militare. Decorato delle più alte onorificenze, fu per lunghi anni rappresentante il Governo d'Italia nei più alti congressi nazionali ed internazionali. Si era segnalato, per le opere scientifiche, dedicate all'Esercito e alla Patria.

Era nativo di Torino e contava 82 anni.

Tra le condoglianze pervenute alla Famiglia sono quelle del Re e del Duce.

I. M.

È morto a Berlino, in età di 57 anni, il dott. ERWIN LIEK, valente ginecologo, che dirigeva una rinomata clinica chirurgica privata a Danzica, ove era molto rinomato; valente scrittore, lascia alcuni libri che hanno avuto larga diffusione, come « Il miracolo in medicina », « Il medico e la sua missione », « Le assicurazioni sociali ». Aveva viaggiato moltissimo. Riportiamo una delle sue massime: « Il medico deve conoscere l'uomo e restare uomo e specialmente agire sui malati con la sua esperienza, la sua bontà, la sua influenza; giusto orgoglio, grande sapere, tecnica acquisita attraverso un lavoro lungo e intensivo, sono gli altri caratteri necessari ad un medico coscienzioso ».

A. P.

È morto a Phoenix (Arizona), in età di 78 anni, il dott. FRANKLIN H. MARTIN, valente ginecologo, fondatore del « College of Surgeons » degli Stati Uniti e della reputatissima rivista « Surgery, Gynecology and Obstetrics ». Di recente aveva pubblicato la sua autobiografia, sotto il titolo « La gioia di vivere ».

A. P.

È morto, in età di 77 anni, il prof. JEANSELME, che fu titolare della cattedra di dermatologia dell'Università di Parigi all'Ospedale Saint-Louis.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

"IL POLICLINICO"

Il sistema più comodo ed economico per l'invio di somme all'editore LUIGI POZZI, di Roma, sia per abbonamento al Giornale «IL POLICLINICO», od agli altri suoi periodici: «CUORE E CIRCOLAZIONE» - «LA CLINICA OSTETRICA» - «IL VALSALVA» - «IL DIRITTO PUBBLICO SANITARIO» e sia per l'acquisto di PUBBLICAZIONI DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE, è quello del CONTO CORRENTE POSTALE.

Per valersene basta staccare il qui sotto annesso bollettino, riempirlo e consegnarlo all'Ufficio Postale più vicino, assieme al denaro che si vuole spedire.

(Straccare il Bollettino sulla presente tracciatura). ....

Amministrazione delle Poste e dei Telegrafi

SERVIZIO DEI CONTI CORRENTI POSTALI

Certificato di allibramento

Versamento di L. ....

eseguito da ....

....

residente in ....

via ....

sul c/c N. **1/5945**

intestato a: **Luigi Pozzi, editore**
Roma - Via Sistina, 14

Addì *193*

Bollo lineare delll'ufficio accettante

Bollo e data dell'ufficio accettante

N. ....

del bollettario ch n. 9

Vedi a tergo la causale (*facoltativa*), e la dichiarazione di allibramento.

Indicare a tergo la causale del versamento

Amministrazione delle Poste e dei Telegrafi

Servizio dei Conti Correnti Postali

Bollettino per un versamento di L. ....

Lire ....
(in lettere)

....

eseguito da ....

residente in ....

via ....

sul c/c N. **1/5945** *intestato a:*
Luigi Pozzi, editore - Via Sistina, 14 - Roma
nell'ufficio dei conti di **ROMA.**

Firma del versante *Addì* *193*

....

Bollo lineare dell'ufficio accettante

Spazio riservato all'ufficio dei conti

Tassa di L. ....

Bollo e data dell'ufficio accettante

Cartellino numerato del bollettario di accettazione

L'Ufficiale di Posta

Mod. ch 8bis
(Edizione 1929)

Amministrazione delle Poste e dei Telegrafi

SERVIZIO DEI CONTI CORRENTI POSTALI

Ricevuta di un versamento

di L. ....

Lire ....
(in lettere)

....

eseguito da ....

....

sul c c N. **1/5945** *intestato a*
Luigi Pozzi, editore
Roma - Via Sistina, 14

Addì *193*

Bollo lineare dell'ufficio accettante

Tassa di L. ....

Bollo e data dell'ufficio accettante

L'Ufficiale di Posta

(P. 19)

Spazio per le comunicazioni del versante al correntista destinatario (facoltative)

Signor Luigi Pozzi - *Roma*

Queste L. 10 ve le invio quale mia *prenotazione* impegnativa d'acquisto del LEWIS: **Le malattie del cuore,** con la intesa che il volume mi verrà da voi ceduto per sole L. 35, e che pertanto, appena sarà pronto, me lo invierete gravato di sole altre L. 25 più le tasse dell'assegno e del vaglia occorrente per rimborsarvi tale somma.

(data) . . . .

(firma) . . . .

Parte riservata all'ufficio dei conti

N. .... dell'operazione

Dopo la presente operazione il credito del conto é di L. ....

Il Direttore dell'Ufficio

....

AVVERTENZE

Il versamento in conto corrente è il mezzo più semplice e più economico per effettuare rimesse di denaro a favore di chi abbia un c/c postale.

Chiunque, anche se non correntista, può effettuare versamenti a favore di un correntista. Presso ogni ufficio postale esiste un elenco generale dei correntisti, che può essere consultato dal pubblico.

Per eseguire il versamento il versante deve compilare in tutte le sue parti, a macchina o a mano, purchè con inchiostro, il presente bollettino (indicando con chiarezza il numero e la intestazione del conto ricevente qualora già non vi siano impressi a stampa) e presentarlo all'ufficio postale, insieme con l'importo del versamento stesso.

Sulle varie parti del bollettino dovrà essere chiaramente indicata, a cura del versante, l'effettiva data in cui avviene l'operazione.

Non sono ammessi bollettini recanti cancellature, abrasioni o correzioni.

I bollettini di versamento sono di regola spediti, già predisposti, dai correntisti stessi ai propri corrispondenti; ma possono anche essere forniti dagli uffici postali a chi li richieda per fare versamenti immediati.

A tergo dei certificati di allibramento i versanti possono scrivere brevi comunicazioni all'indirizzo dei correntisti destinatari, cui i certificati anzi detti sono spediti a cura dell'ufficio conti rispettivo.

L'ufficio postale deve restituire al versante, quale ricevuta dell'effettuato versamento, l'ultima parte del presente modulo, debitamente completata e firmata.

Tassa da pagarsi pei versamenti

Servendosi del presente Bollettino si paga:

— nei Capoluoghi di Provincia: NULLA

- negli altri uffici del Regno:

		Che si dovrebbe pagare usando vaglia postali
fino a L. 50 —	L 0,15 invece di L.	0,80
» » 100 —	» 0,20 » »	1,20
» » 500 —	» 0,40 » »	3,50
» » 1000 —	» 0,60 » »	6 —
» » 5000 -	» 1 - » »	26 —
» » 10000 -	» 2 — » »	51 —

ANNO XLII Roma, 13 Maggio 1935 - XIII Num. 19

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PARMA

Direttore Incaricato: Prof. P. CAMPANACCI.

La autosieroterapia intramucosa dell'asma bronchiale.

Dott. DOMENICO MORUZZI

La patogenesi e l'etiologia dell'asma bronchiale e dei suoi equivalenti non possono ancora dirsi completamente definite, e di conseguenza tutt'altro che definita ne è la terapia. Essa, terapia, anzi all'infuori della reale efficacia di certi mezzi sintomatici, atti a troncare l'accesso (adrenalina, pituitrina, polveri di stramonio, morfina-atropina) può considerarsi fino ad oggi impotente a modificare nella maggior parte dei casi quella che è la « malattia asmatica ».

Seguendo quelle che sono le componenti principali delle concezioni etiopatogenetiche attuali (costituzione. alterazione dell'equilibrio neuroendocrino, alterazioni epatiche, uricemia, ipersensibilità, « spine irritative », ecc.) la terapia dell'asma si giova oggi principalmente: *a)* della disensibilizzazione specifica a mezzo di estratti di sostanze riconosciute asmogene, *b)* della terapia calcica specie endovenosa rivolta sopratutto a moderare l'ipertono vegetativo e vagale in ispecie, cui si attribuisce la genesi dello spasmo bronchiale, *c)* della chocterapia aspecifica (proteine, zolfo piretogeno stok vaccini, autovaccini, peptone, autosiero, autosangue), *d)* della tubercolinoterapia, che deve essere proseguita a lungo anche dopo la cessazione degli attacchi, e che anche a minime dosi può dare notevole reazione febbrile, *e)* della irradiazione Roentgen profonda che viene usata sola od associata ad altri mezzi, *f)* della camera antiallergica di Storm von Leuwen.

Tutte queste terapie vantano dei sostenitori entusiasti, e dei denigratori accaniti: gli è che come spesso avviene in Clinica alcuni casi reagiscono bene ad un dato metodo di cura, che è assolutamente inefficace per gli altri e viceversa.

In questi ultimi tempi ha preso particolare diffusione l'uso della autoemoterapia e dell'au-

tosieroterapia e, com'è noto, non solo nell'asma bronchiale.

Il concetto informatore nell'uso dell'autosieroterapia sottocutanea e sopratutto intracutanea nell'asma bronchiale è stato quello di « tentare la disensibilizzazione dei pazienti di fronte alle sostanze autotossiche liberate dai fenomeni di schoc ripetuto che caratterizzano il loro stato ».

Recentemente A. Jacquelin e G. Bonnet (1) hanno però ritenuto che se tale trattamento per via sotto e intracutanea poteva considerarsi logico e perciò efficace nelle manifestazioni cutanee da ipersensibilità (eczema, edema di Quinke), l'indicazione diveniva molto dubbia in caso di ipersensibilità a carico delle mucose, come nell'asma bronchiale.

Gli AA. allora tenendo presenti le concezioni attuali sulle sensibilizzazioni locali, cioè « cellulari e tissurali, prima che umorali » hanno pensato di usare la autosieroterapia nell'asma bronchiale ricorrendo non più alla via cutanea, ma a quella intramucosa: essi giustificarono poi l'uso dell'autosiero in luogo di antigeni specifici col fatto, ormai accettato da molti autori, che nell'asma si tratta in genere di una sensibilizzazione multipla a cause diverse.

Gli AA. ritengono in fondo che nelle « rino-tracheo-bronchi-anafilattiche discendenti asmatogene » si tratti, quando non si riesce a stabilire l'agente ipersensibilizzante, di un processo di autosensibilizzazione delle mucose da parte di tossine endogene da disfunzione digestiva, epatica, endocrina, ecc. donde l'uso dell'autosiero in situ a scopo disensibilizzante.

Partendo da tali concetti teorici informatori Jacquelin e Bonnet hanno usato la autosieroterapia intramucosa nasale in malati di asma bronchiale di vario tipo ed intensità e in malati di corizza spasmodica secondo la tecnica che ora indicheremo, traendone dei risultati che si possono definire notevoli.

Dinanzi al negativismo terapeutico cui certi malati di asma ci costringono e nei quali dopo inutili tentativi delle varie cure etiologiche sopra elencate, ci si deve ridurre ad una pura terapia sintomatica, mi è sembrato non privo di interesse sperimentare questo metodo autosieroterapico intramucoso proposto dagli AA. francesi.

La tecnica proposta è la seguente:

Si prelevano asetticamente nella piega del gomito circa 10 cm. di sangue, si lascia sierare e poi si tolgono i coaguli.

A mezzo di una siringa da tubercolina. e con un ago da intradermoreazione si inietta nella mucosa del cornetto inferiore o nella mucosa della faccia interna delle fosse nasali il siero.

L'iniezione deve essere fatta nello spessore della mucosa e se è fatta bene deve comparire una bolla adematosa intramucosa.

La quantità di siero va da 2 decimi di cmc. a 5-10 decimi: una quantità superiore provocherebbe dolore. Le iniezioni devono essere fatte tutti i giorni. È bene servirsi di uno speculum nasale.

Non è necessario disinfettare e anestetizzare essendo l'iniezione indolore; se l'individuo reagisce basta anestetizzare con una soluzione di novocaina al 4 %.

Negli asmatici devono aversi starnuti e lagrimazione.

Ecco senz'altro per sommi capi le storie degli ammalati da noi trattati, alcuni ricoverati nell'Istituto di Patologia Medica altri seguiti ambulatoriamente:

CASO I. — B. Guido, di anni 16, da Noceto.

Padre vivente, asmatico da più di venti anni in periodo di stato; soffre ogni tanto d'urticaria. Ha sofferto i comuni esantemi dell'infanzia.

Ebbe il primo attacco d'asma nell'autunno del 1931 all'età di 13 anni in seguito a bronchite e rinite acuta. Poi ne residuò difficoltà di respiro accentuata nelle ore notturne per cui doveva fare uso frequente di polveri antiasmatiche. Fu ricoverato per tali disturbi due volte all'Ospedale e in tali periodi stette bene, ma non appena dimesso non tardavano a ricomparire i soliti disturbi di asma con gli stessi caratteri e la stessa entità.

All'esame dell'apparato respiratorio notansi segni evidenti di enfisema e qualche sibilo alle basi. Corizza persistente, nulla agli altri apparati ed organi.

L'autosieroterapia iniziata il 5 maggio porta un peggioramento verso la 5ª iniezione ai fatti asmatici e alla corizza, verso la 10ª si inizia il miglioramento.

Alla ventesima iniezione l'ammalato non accusa più alcun disturbo di respiro e non ha più corizza. Dopo sei mesi il paziente continua ad essere completamente libero da attacchi. Una formula leucocitaria praticata avanti la cura e dopo ha dato i seguenti risultati.

1) L. 22 %, N. 52 %, Eo. 12 %, M. 13 %, B. 1 %.
2) L. 28 %, N. 53 %, Eo. 3 %, M. 15 %, B. 1 %

da cui si rileva come una marcata eosinofilia all'inizio della cura è quasi scomparsa a cura ultimata.

CASO II. — M. Gina, di anni 24, da Noceto.

Gentilizio negativo.

Soffrì i comuni esantemi dell'infanzia, ma non ebbe mai malattie degne di nota. Ebbe il primo attacco di asma all'età di 19 anni e precisamente

(1) A. JACQUELIN e G. BONNET. *Sur l'autosiérothérapie intramuqueuse dans l'asthme et ses équivalents.* Presse Médicale, 1934, n. 73.

nell'agosto del 1929 consecutivo a bronchite acuta e a rinite. Per 40 giorni di seguito era costretta tutte le notti ad alzarsi e correre ad aprire la finestra per non soffocare, come dice l'ammalata. Poi stette bene fino all'autunno. In tale epoca ebbe di nuovo bronchite, cui seguirono crisi di asma per un mese. In seguito ebbe difficoltà di respiro e corizza ogni volta che frequentava luoghi polverosi e ogni qualvolta si recava nei campi. Durante il raccolto del pomodoro nel 1932 ebbe violentissimi attacchi di asma con corizza spasmodica per cui dovette subito allontanarsi dai campi. Durante il periodo mestruale i fatti asmatici peggioravano. L'esame dell'apparato respiratorio è negativo all'infuori di un lieve enfisema; nulla degno di nota al circolatorio. Ha corizza persistente. Quando inizia il trattamento è tormentata ogni notte da crisi asmatiche per cui deve fare uso di calmanti.

Alla 6ª iniezione si ha una forte crisi, ma dopo la 12ª sta meglio e va nei campi senza alcun malessere. Durante il trattamento le mestruazioni non sono accompagnate da risentimento dei fatti asmatici.

Dopo due mesi può prender parte ai lavori di raccolto del pomodoro.

La formula leucocitaria praticata prima e dopo il trattamento dà i seguenti risultati:

1) L. 25 %, N. 50 %, Eo. 9 %, M. 16, Bas. —.
2) L. 26 %, N. 54 %, Eo. 3 %, M. 17 %, Bas. —.

Come si vede anche in questo caso l'eosinofilia ha ceduto al trattamento.

Rivista la paziente dopo 6 mesi dall'inizio del trattamento essa afferma di essere guarita completamente.

CASO III. — S. Vittorio, di anni 46, da Borgo-Val-di-Taro.

Padre morto a 72 anni per cardiopatia. Soffrì per molti anni di asma bronchiale. Il nonno paterno e uno zio paterno furono asmatici.

Ha tre fratelli dei quali due stanno bene e uno soffre di asma.

Non ricorda d'aver sofferte malattie degne di nota.

I primi attacchi di asma risalgono all'età di 32 anni in seguito a fatti bronchiali acuti. Da allora non stette più bene.

Dapprima gli attacchi asmatici furono leggeri e a lunghi intervalli ma poi aumentarono di intensità e di frequenza. Gli accessi più violenti avvengono nelle ore notturne.

Praticò la peptono e autoemoterapia senza alcun risultato; notò solo un lieve miglioramento passando dalla residenza montana a quella di pianura.

In questi ultimi tempi gli accessi non sono molto intensi, ma ogni sera deve fare uso di calmanti.

All'esame dell'apparato respiratorio si notano fatti di bronchite cronica e di enfisema.

Nulla all'apparato circolatorio.

È forte bevitore.

Iniziato il trattamento il 5 di maggio u. s. si nota subito un certo miglioramento nei fatti dispnoici e a cura terminata non deve più fare uso di calmanti.

Alla 16ª e 19ª iniezione ebbe forti rialzi termici (39°).

Dopo 6 mesi dalla cura il paziente continua a star bene, ma ogni tanto ha qualche lieve attacco notturno.

L'esame del sangue prima e dopo dà i seguenti risultati:

1) L. 23 %, N. 55 %, Eo. 6 %, M. 15 %, Bas. 1 %.
2) L. 23 %, N. 59 %, Eo. 2 %, M. 16 %, Bas. —.

CASO IV. — B. Vittorio, di anni 34, ferroviere coniugato con prole, Modena.

Nulla degno di nota nel gentilizio nè negli antecedenti personali. Si ammalò all'età di 25 anni e precisamente nel maggio del 1925 di bronchite acuta cui seguirono violenti accessi dispnoici e tosse secca. Da allora non stette più bene e quasi ogni notte fu molestato da attacchi di asma. Gli accessi sono più intensi se il malato fa uso di carni e sostanze grasse, nei giorni di vento, e se si strapazza.

All'età di 27 anni fu operato al setto nasale senza alcun risultato, come senza alcun risultato furono la peptonoterapia e autoemoterapia.

All'esame dell'apparato respiratorio notasi enfisema e qualche sibilo.

Nulla all'apparato circolatorio.

L'autosierotepia dà una forte riacutizzazione dei fatti asmatici con corizza dalla 11ª iniezione e rialzo termico alla 14ª che poi cedono e al termine del trattamento il malato sta meglio e la notte fa raro uso di calmanti.

Dopo tre mesi dal trattamento si mantiene lo stato di miglioramento.

Il miglioramento è andato in seguito accentuandosi, tanto che dopo 6 mesi dal trattamento afferma di poter lavorare come i suoi compagni e non fa più uso di calmanti durante la notte.

L'esame del sangue prima e dopo l'autosieroterapia dà i seguenti risultati:

1) L. 20 %, N. 56 %, Eo. 8 %, M. 15 %, Bas. 1 %.
2) L. 23 %, N. 57 %, Eo. 4 %, M. 16 %, Bas. —.

CASO V. — P. Cesarina, di anni 45, sposata, con prole, Medesano (Parma).

L'ammalata non ebbe mai malattie degne di nota. Ebbe 4 gravidanze a termine ma tre bambini morirono nei primi giorni di vita.

L'attuale malattia ebbe inizio all'età di 42 anni nel maggio del 1931 sottoforma di bronchite acuta cui seguì una forma d'asma con tosse secca senza escreato.

Il 1° anno la forma dispnoica durò un mese e poi stette bene fino alla primavera successiva. In tale epoca ebbe ancora bronchite con dispnea e tosse, ma gli accessi furono più violenti e di maggior durata per cui quasi tutta la notte doveva tenere la finestra aperta e così durò fino a tutto agosto. Stette di nuovo bene fino alla successiva primavera e da tale epoca gli accessi furono ancora più violenti degli anni precedenti e durarono fino a tutto il settembre.

Durante i periodi mestruali e nel cambiamento di stagione gli attacchi di dispnea erano più forti.

Iniziò il trattamento dell'autosieroterapia nel maggio scorso quando già era iniziato il periodo accessionale. Alla 2ª iniezione notò lieve rialzo termico e alla 3ª ebbe più accentuati i fatti dispnoici.

Alla fine del trattamento era sufficente qualche inalazione di polveri di stramonio, nelle ore notturne per calmare lievi attacchi che nei decorsi anni non era in grado di calmare.

Dopo tre mesi il notevole miglioramento si mantiene e l'ammalata può accudire alle sue faccende di massaia. Dopo 5 mesi sta bene anche nei periodi stagionali che negli anni precedenti erano accompagnati da crisi.

Anche i periodi mestruali sono liberi da attacchi.

L'esame del sangue di prima e dopo il trattamento ha dato i seguenti risultati:

1) L. 24 %, N. 48 %, Eos. 12 %, M. 14 %, B. 2 %.
2) L. 28 %, N. 46 %, Eos. 7 %, M. 17 %, B. 2 %.

CASO VI. — M. Ines, di anni 28, da Costamezzana (Parma).

Gentilizio negativo.

La paziente ha sofferto di eczema infantile poi è stata bene fino a 12 anni epoca in cui fu colpita dalla pandemia influenzale complicata da una forma di bronchite acuta. Ne residuò affanno di respiro e tosse spasmodica di cui non guarì più. Ebbe in seguito periodi di miglioramenti e peggioramenti a seconda della stagione, del regime di vita e delle sue regole mestruali. In tali periodi le crisi di asma erano più forti. Durante una gravidanza nel 1926 stette bene, ma poi fu ripresa dai disturbi respiratori non appena sgravata.

Tentò molte cure senza alcun risultato.

All'esame respiratorio nulla di notevole.

L'apparato circolatorio è integro.

Fu operata tre anni or sono al setto nasale; tale intervento non portò alcun miglioramento.

L'autosieroterapia apporta leggero miglioramento durante la cura ma poi l'ammalata ritorna allo stato *quo ante*.

L'esame ematologico prima e dopo il trattamento dà i seguenti risultati:

1) L. 24 %, N. 49 %, Eos. 13 %, M. 14 %.
2) L. 18 %, N. 57 %, Eos. 10 %, M. 15 %.

CASO VII. — M. Pierino, di anni 8, da Costamezzana (Parma).

Il padre soffrì nella seconda infanzia di eczemi alla faccia e al cuoio capelluto.

La madre (Caso 6°) è asmatica da 16 anni.

Ha due sorelle che soffrono di forme eczematose. Soffrì di crosta lattea durante l'allattamento.

A 18 mesi ebbe eczemi alla faccia e di dietro le orecchie. Nella stagione invernale soffre di eczemi alle braccia e alla faccia.

L'attuale malattia risale a 4 anni or sono. In seguito a una leggera bronchite cominciò a soffrire di difficoltà di respiro che andò sempre aumentando col crescere degli anni.

Attualmente ogni notte è preso verso la mezzanotte da forte dispnea per cui deve ricorrere all'uso di calmanti.

Colla cattiva stagione aumenta la dispnea.

All'esame obiettivo si nota enfisema diffuso.

Nulla agli altri organi ed apparati.

Viene trattato col siero della madre perchè il prelevamento del sangue dalle sue vene offre una certa difficoltà, ma il risultato è nullo.

L'esame del sangue ha dati i seguenti risultati:

1) L. 23 %, N. 48 %, Eos. 11 %, M. 18 %, Bas. —.
2) L. 28 %, N. 50 %, Eos. 8 %, M. 12 %, Bas. 1 %.

CASO VIII. — P. Attilia, di anni -11, scolara, Parma.

Nonna materna diabetica.

Padre affetto da ulcus duodeni. Madre epatopaziente. Un fratello affetto da cardiopatia congenita. Pertosse a 45 giorni di età e ne guarì solo dopo sei mesi circa. A due anni di età bronchite capillare: d'allora sempre tossicolosa e poi soggetta a crisi asmatiche sempre più violente.

Le fragole danno urticaria e accessi asmatici. Le crisi di asma sono per lo più notturne, più intense nella stagione estiva ed autunnale, spesso accompagnate da rialzo termico fino a 39° e da escreato muco purulento abbondante. Obbiettivamente: segni di enfisema, ma nessun rumore bronchiale fuori dal periodo degli attacchi. Niente al cuore

Discreto aumento di volume del fegato. Fu curata con zolfo piretogeno, calcio endovena, balsamici, efetonina, jodio, ecc. senza successo.

È stata operata anche di polipi nasali senza successo.

Il 30-4-1934 si inizia il trattamento autosieroterapico intramucoso nasale. Alla 6ª iniezione compare reazione febbrile fugace fino a 38°; che si ripete alla 12ª iniezione per due giorni. La piccola paziente viene dimessa in ottime condizioni alla fine di maggio. Dopo due mesi ritorna ambulatoriamente, perchè le crisi asmatiche hanno ripreso coi soliti caratteri. La formula leucocitaria ha dato i seguenti reperti: prima di iniziare la cura:

Neut. 53 %, Eosinof. 16 %, Bas. 1 %, Linfoc. 16 %, Monoc. 14 %.

Dopo 5 iniezioni:

Neutr. 69 %, Eosin. 11 %, Linf. 17 %, Mon. 3 %.

Dopo 18 iniezioni:

Neutr. 67 %, Eos. 8 %, Bas.-Linf. 20 %, Mon. 5 %.

Dopo quarantacinque giorni dal termine del trattamento:

Neutr. 45 %, Eos. 22 %, Bas. 1 %; Linf. 28 %, Mon. 4 %.

Anche in questo caso dunque cospicua diminuzione dell'eosinofilia, ma solo temporanea come solo temporaneo ed effimero fu il miglioramento.

CASO IX. — B. Dolores, di anni 42, coniugata, da Parma.

Gentilizio negativo.

Fin dalla pubertà era tossicolosa nella stagione invernale. A 38 anni soffrì di polmonite. All'età di 40 anni e precisamente nell'agosto 1932 fu ricoverata una prima volta nell'Istituto di Patologia Medica per « bronchite asmatiforme » iniziatasi con rinite. Fu sempre apirettica. Fu curata con balsamici; efetonina e cardiotonici e dimessa notevolmente migliorata dopo pochi giorni di degenza.

A casa stette discretamente bene. Finchè nel mese di settembre del 1934 dopo un raschiamento uterino per metrorragie ripetute fu colta da grave crisi asmatica notturna, che si ripetè alcune notti finchè fu ricoverata in patologia medica. Obbiettivamente presenta tipiche crisi asmatiche, e fatti di enfisema con ronchi e sibili diffusi; è apirettica.

L'*esame otorinojatrico* (dott. Porta): mucosa del setto e dei turbinati fortemente iperemica da ambo i lati. A d. degenerazione sia del turbinato inferiore che medio.

L'esame digitale dell'epifaringe e delle coane dimostra una notevole ipertrofia della coda dei turbinati.

Esame del sangue. Eritr. 4.1000.000 tb. 51, Leucociti 6000, Neutr. 65 %, Eosin. 10 %, Bas. 1 %, Linf. 19 %, Monoc. 5 %.

Si inizia il trattamento autosieroterapico intramucoso il 22-10-1934.

Alla prima iniezione segue lieve rialzo termico a 37°,2, alla 6ª a 37°,5, all'8ª 38°,2.

Dopo l'8ª iniezione gli eosinofili sono discesi dal 10 al 5 %. La paziente giunta alla 18ª iniezione da oltre 15 giorni non ha più attacchi asmatici; permangono però i ronchi e i sibili e l'escreato mucoso.

Dopo un mese la paziente continua ad essere libera da qualsiasi attacco.

CASO X. — M. Palmira, a. 23, nub., da Berceto. Il padre è bronchitico. La madre asmatica da circa 20 anni. Dall'età di 7 anni avverte facile dispnea da minimo sforzo. A 15 anni influenza e d'allora attacchi asmatici ogni notte.

Da un anno le crisi che prima erano quotidiane ad ora fissa della notte vengono in media due volte al dì.

La paziente entra nell'Istituto di Patologia in istato asmatico il 21-7-1934.

Obbiettivamente: segni di enfisema e qualche ronco e sibilo diffuso. Niente al cuore, niente nelle urine.

Formula leucocitaria. — Neutr. 63 %, Eos. 6 %, Bas. 1 %, Linf. 26 %, Mon. 5 %.

La autosieroterapia praticata con la solita tecnica dette in questo caso risultato completamente negativo, come negativo fu il trattamento con zolfo piretogeno e calcio endovena.

CASO XI. — G. Pio, di anni 40, esercente, da Borgotaro.

Padre morto di cardiopatia. Affezione luetica contratta a 33 a. e ben curata.

All'età di 36 anni bronchite dalla quale non guarì più e da tre anni asma notturna, del quale fu curato senza successo con autoemoterapia peptone, autosputovaccinoterapia, ecc. Dispnea espiratoria al minimo sforzo. Ronchi e sibili orali. Enfisema.

Tosse stizzosa con escreato schiumoso.

Epatomegalia Reaz. Wass. negativa (— — —).

Formula leucoc. Neutr. 66 %, Eos. 9 %, Bas.-Linf. 17 %, Mon. 8 %.

Si pratica la autosieroterapia intramucosa nasale, cui si associa un trattamento con neosalvarsan endovenosa e di zolfo piretogeno endomuscolo.

La formula leucocitaria mostra le seguenti modificazioni.

Neutrofili 72 %, Eos. 4 %, Linf. 20 %, Mon. 4 %.

Si ottiene un miglioramento delle condizioni bronchiali, ed una diminuzione nella frequenza ed intensità degli accessi, ma il successo anche se così parziale è solo temporaneo.

Se noi ora dall'esame della casistica brevemente tratteggiata vogliamo cercare di trarre delle deduzioni conclusive sull'efficacia o meno della autosiero-terapia intramucosa nasale vediamo quanto appresso:

Su 11 casi di asma di vario tipo e di varia intensità, in soggetti di età e di sesso diverso, noi abbiamo avuto due casi che oseremmo chiamare di guarigione o almeno di sedazione completa (oss. 1ª e 2ª).

Questi due casi presentano in confronto agli altri la caratteristica di avere iniziato con rinite, piuttosto che con bronchite. Un 3° caso nel quale dal punto di vista asmatico la sedazione è stata almeno fin'ora, cioè dopo un paio di mesi, completa (oss. IX) presentava pure la caratteristica all'inizio rinitico e di lesioni ben rilevabili a carico delle prime vie aeree,

Altri due casi (oss. III e IV) hanno presentato un miglioramento lieve; in due casi gravi e ormai impiantati da anni (oss. VIII e IX) il miglioramento fu solo temporaneo.

In tre casi infine (oss. VI-VII e X) il risultato fu assolutamente negativo.

Da notare quasi in tutti i casi la diminuzione più o meno cospicua, più o meno duratura, dell'eosinofilia sanguigna, che spesso sembra andare in parallelo con il miglioramento generale e sopratutto con la diminuzione o scomparsa degli attacchi.

Da notare anche che specie nei casi dove il successo definitivo fu migliore, intervenne un peggioramento temporaneo delle condizioni locali e generali in genere tra la 5ª e l'8ª iniezione, talora intervennero anche rialzi termici più o meno elevati, ma sempre passeggeri (oss. III, VIII, IX).

Le nostre osservazioni furono praticate tutte in vecchie forme asmatiche, per lo più gravi, tenaci e ribelli agli altri trattamenti.

In complesso quindi si deve affermare che in certi casi la autosieroterapia intramucosa può rendere veramente dei buoni servizi: ci sembra che i casi più adatti all'infuori di ogni criterio etiologico, del resto sempre difficile ad individuare, siano quelli con manifestazioni iniziali e concomitanti a carico delle prime vie aeree cioè le « rinotracheo-bronchiti discendenti asmatogene ». Tale impressione ci conduce a ritenere che il metodo possa dare risultati favorevoli anche in altre forme ad origine puramente bronchiale, qualora a mezzo di apposito istrumentario si pratichi l'autosieroterapia intramucosa non più sul naso, ma addirittura sulla trachea o sui primi bronchi.

RIASSUNTO.

L'A., tenendo conto del concetto di ipersensibilità locale e di polisensibilizzazione di fronte a cause le più diverse, spesso difficili ad individuare, ha trattato col metodo della autosieroterapia intramucosa nasale, undici casi gravi, cronicizzati e ribelli di asma bronchiale. I risultati ottenuti di completa scomparsa degli attacchi in tre casi, di notevole miglioramento in altri quattro, di insuccesso in quattro ancora, con diminuzione in tutti della eosinofilia ematica, fanno ritenere che nei casi adatti (« rino-tracheo-bronchiti anafilattiche discendenti asmogene ») tale trattamento sia da considerarsi veramente efficace ed elettivo.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE PER BAMBINI DI ANCONA
diretto dal prof. A. CAUCCI.

Anemia splenica infantile e splenectomia.

Dott. A. CAUCCI, chirurgo primario
Dott. SILVIA CONFORTO, assistente.

Il quadro clinico descritto da Cardarelli col nome di « pseudoleucemia splenica infantile », e in seguito studiato da Jaksch, Ehrlich, Fede, Mja e Trambusti, Cozzolino, Caronia, Micheli ed altri (oggi anche denominato « malattia di Jaksch-Luzet »), è essenzialmente caratterizzato da anemia accompagnata da notevole splenomegalia, che colpisce la prima infanzia.

I diversi AA. ne hanno descritto particolari ed espresso giudizi non sempre concordi, per il fatto che del detto stato morboso si conoscono solo delle manifestazioni sintomatiche e manca tuttora un filo conduttore per penetrarne la patogenesi. Il che accade per l'infanzia esattamente come nell'età adulta nel campo delle splenomegalie emopatiche. Sì che in conclusione finiamo col ritenere che le manifestazioni sintomatiche denominate « malattia », in questo campo ancora incerto e controverso, più esattamente dovrebbero essere chiamate « sindromi », poichè sotto il medesimo aspetto sintomatico possono essere raccolte malattie diverse nell'etiologia, nel decorso e nella prognosi.

Per quanto concerne la « *sindrome anemica splenomegalica nell'infanzia* » vengono illustrate tre osservazioni cliniche, occorse in questo ospedale, le quali furono trattate con la splenectomia con risultati notevoli.

OSSERVAZIONE I. — N. D., di S. Marianova, di anni 7. Entra in ospedale il 18 novembre 1929. L'anamnesi familiare non rivela nulla di notevole.

Il p. è nato a termine, da parto eutocico, ha avuto allattamento materno.

Normali i primi atti fisiologici. Sviluppo fisico regolare fino all'età di due anni; a tale epoca si è manifestato, senza una causa apparente, un mutamento delle condizioni generali: il bambino si è fatto pallido, astenico, anorettico, è andato progressivamente dimagrendo. Lo sviluppo in altezza ha subìto un arresto, mentre si è fatta evidente una notevole tumefazione dell'addome. Sono comparsi rialzi di temperatura, modicissimi, irregolari: inoltre scariche diarroiche ed emorragie gengivali.

E. O. Si nota subito l'estremo pallore della cute e delle mucose, e l'aspetto naniforme. Il pannicolo adiposo è quasi del tutto scomparso, le masse muscolari sono notevolmente ipotoniche. Sistema linfoghiandolare indenne.

Temperatura 36,9. Polso di frequenza non aumentata, piccolo, molle, ritmico, uguale, simmetrico. Sensorio integro, psiche normale.

Altezza cm. 84. Peso Kg. 11,900.

Capo voluminoso, con bozze frontali sporgenti; naso a sella; dentatura irregolare, ipoplasica, guasta. Non petecchie, nè emorragie sottomucose.

Collo: non si palpano linfoghiandole particolarmente aumentate di volume.

Torace: irregolare, svasato alle basi, petto carenato, non rosario rachitico.

All'ascoltazione e alla percussione non si mette in evidenza nulla di patologico

Cuore normale.

Addome voluminoso, svasato ai fianchi per un cospicuo aumento degli organi ipocondriaci. Non meteorismo, non ascite. La milza arriva in alto al IV spazio intercostale sull'ascellare media e in basso scende fin quasi al pube: è di consistenza dura, ha la superficie liscia.

Il fegato deborda circa un dito trasverso dall'arcata costale ed è modicamente aumentato di consistenza.

Arti sottili, senza ingrossamenti epifisari, nè incurvamenti delle diafisi.

Scarsissimo pannicolo. Motilità e riflettività normali.

L'esame del sangue eseguito il 18-XI-1929 dà:

Emoglobina 20; Globuli rossi per mmc. 1,860.000; Valore globulare 0,55; Leucociti per mmc. 3,750.

Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 57 per cento; polinucleati eosinofili 2 %; polinucleati basofili 1 %; linfociti piccoli e medi 35 %; grandi mononucleati e forme di passaggio 5 %.

Relativamente ai globuli rossi si osserva intensa aniso-poichilocitosi con presenza di megalociti e microciti. Presenza di gloubli rossi nucleati in discreta quantità; scarsa policromatofilia. Assenza del plasmodio malarico.

Puntura della milza: negli strisci non si ritrovano leishmanie nè plasmodi: i globuli rossi presentano spiccati caratteri degenerativi.

Analisi delle urine: non rivela nulla di patologico.

R. W. negativa.

Decorso: Il 22 novembre, il 30 novembre e il 6 dicembre si praticarono tre trasfusioni di sangue paterno (donatore e ricevente appartengono al gruppo dei donatori universali o IV gruppo degli AA. francesi). 14 dicembre 1929, *atto operativo* (Caucci). Etere. Laparotomia mediana: voluminosa milza, dura, liscia, priva di aderenze, con vasi normali; fegato liscio, leggermente ingrandito, non liquido ascitico. Splenectomia. Sutura in massa della parete e drenaggio. Durata dell'atto operativo 15 minuti.

Decorso regolare, guarigione per prima.

La milza pesa gr. 450, è liscia e la superficie di taglio di colorito normale appare piuttosto fibrosa. All'esame istologico: leggero ispessimento della capsula e dello stroma fibroso: considerevole iperplasia della polpa splenica in cui la sovrabbondanza degli elementi linfoidi nasconde le maglie del reticolo; i follicoli di Malpighi sono scarsi, per lo più verso la periferia, come sostituiti dalla polpa splenica iperplastica; scarso e disseminato deposito di pigmento. I grossi vasi venosi sono pervi ed a pareti pressochè normali.

Il peso corporeo scende a Kg. 9,550. All'atto operativo seguono modici rialzi di temperatura.

Il 24 dicembre insorgono dolori epigastrici, a tipo di coliche, specialmente violenti dopo l'introduzione di cibi, e che si ripetono fino al 6 gennaio successivo, attenuandosi però progressivamente.

Compare un modico ittero, le feci non sono scolorate. La temperatura febbrile presenta sempre modiche oscillazioni, non superando però mai i 38°. Gradualmente questi disturbi scompaiono, il peso corporeo si porta a Kg. 11, e il bambino comincia a migliorare.

L'esame del sangue, praticato in questo periodo, e cioè circa un mese dopo la splenectomia dà:

Emoglobina 30; Globuli rossi per mmc. 2,500.000; V. gl. 0,6; Leucociti 18.000.

Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 51 per cento; polinucleati eosinofili 3 %; linfociti e piccoli mononucleati 27 %; grandi mononucleati e forme di passaggio 18 %; mielociti 1.

Relativamente ai globuli rossi si osserva una elevatissima percentuale di globuli rossi nucleati. Si osserva inoltre intensa aniso- e poichilocitosi con presenza di microciti e megalociti. La resistenza globulare è modificata dal gran numero di globuli rossi nucleati: massima 0,10, minima 0,38.

Il 1° marzo, però, in completa apiressia, si ripresentano i dolori addominali, coliciformi, e l'ittero che si accentua nei giorni successivi e persiste per un mese circa. Corrispondentemente le feci sono chiare, color creta, poltacee; l'esame rivela reazione acida, pigmenti biliari inalterati assenti, intensamente positiva la reazione per il sangue, tracce di mucina, incompleti la scissione e l'assorbimento dei grassi.

Verso la fine di aprile il p. viene dimesso in condizioni generali discrete: scomparse le coliche e l'ittero, l'anemia alquanto ridotta, il peso corporea di Kg. 12.

Recentemente — aprile 1934 — e cioè *a circa 5 anni dall'operazione*, il p. si ripresenta alla nostra osservazione. Dalle deposizioni del padre risulta che il bambino non ha più sofferto di gravi disturbi, frequenta regolarmente le scuole, e conduce una vita normale. È però molto pallido con una lieve tinta subitterica ed estremamente magro, e, sebbene abbia oramai circa 12 anni, non ne dimostra più di 6.

Altezza cm. 106. Peso corporeo Kg. 15,500.

L'esame dei singoli apparati fa rilevare soltanto un addome deforme e flaccido, e un lieve aumento del fegato che è in alto all'VIII spazio intercostale sull'ascellare media e in basso a circa un dito trasverso dall'arcata costale.

Esame del sangue (20 aprile 1934).

Emoglobina 50. Globuli rossi per mmc. 2.750.000. Valore globulare 0,92. Globuli bianchi per mmc. 18.750. Piastrine 235.000 per mmc. Formula leucocitaria: granulociti neutrofili 62 % granulociti eosinofili 3 %; linfociti 30 %; monociti 5 %.

Relativamente ai globuli rossi si osservano moderata poichilocitosi, intensa anisocitosi con presenza di micro- e megalociti e presenza di numerosissimi globuli rossi nucleati.

Tempo di emorragia: minuti 2,30.

Resistenza globulare: minima 0,40; media 0,30. La massima non si è potuta determinare, non essendosi verificata in nessun tubo completa emolisi per la presenza di abbondantissimi globuli rossi nucleati.

Analisi delle urine. Positivo l'esame spettroscopico per l'urobilina.

OSSERVAZIONE II. — G. R., di Sirolo, di anni 3 e mezzo. Entra in Ospedale il 2 settembre 1932.

Fino all'età di 14 mesi il bambino è cresciuto normalmente, con allattamento materno dapprima e poi allattamento misto. A poco a poco si è fatto pallido, di una tinta simile all'avorio antico, ha cominciato a deperire, a non aver più appetito, a non reggersi più diritto. Dopo alcuni mesi di queste condizioni, la madre comincia a notare una tumefazione, che va progressivamente aumentando, nella metà sinistra dell'addome. Un sanitario parla di splenomegalia e consiglia l'operazione. Incertezze dei familiari, pareri diversi di altri medici. Il bambino peggiora: l'anemia si fa più grave, notevoli sono i disturbi che provoca questa grossa milza comprimendo gli organi vicini. Compaiono lievi rialzi termici.

E. O. Condizioni generali gravi. Stato di nutrizione scadente. Pannicolo adiposo quasi scomparso. Masse muscolari ipotrofiche e ipotoniche. Cute di colore giallo paglierino, arida, sollevabile in pliche. Non petecchie, nè emorragie sottomucose.

Sistema linfoghiandolare indenne. Temperatura 38°,4. Polso a 94 piccolo, depressibile, ritmico, uguale, simmetrico.

Altezza cm. 54. Peso corporeo Kg. 10,600.

Capo: negativo. Collo: abnormi pulsazioni delle giugulari.

Torace: lievemente svasato alle basi, specialmente a sinistra.

Apparato respiratorio: nulla alla palpazione e alla percussione. All'ascoltazione, rantoli fini, diffusi, alle basi, e a sinistra piccolo focolaio di rantoli crepitanti.

Cuore nei limiti normali; rude rumore sistolico su tutti i focolai, ascoltabile anche verso l'ascella.

Addome irregolarmente voluminoso, senza segni di versamento cavitario. Milza enormemente aumentata di volume e di consistenza, raggiunge il pube e arriva alla linea mediana, ha superficie liscia. Fegato nei limiti normali.

L'esame neurologico è del tutto negativo.

Esame del sangue (3 settembre 1932):

Emoglobina 12. Globuli rossi per mmc. 1.180.000. Valore globulare 0,54. Globuli bianchi per mmc. 6.562. Formula leucocitaria: granulociti neutrofili 66 %; granulociti eosinofili 2 %; linfociti 28 %; monociti 4 %.

Relativamente ai globuli rossi si osserva intensa aniso-poichilocitosi, discreta policromatofilia e la presenza di numerosi normo-eritroblasti, rarissimi megaloblasti, qualche emazia con corpi di Cabot.

Ricerca del parassita malarico: negativa.

Puntura splenica negativa per l'esistenza di parassiti. W. R. negativa.

Decorso: La temperatura diminuisce e si mantiene sotto a 38°. Le condizioni dell'apparato respiratorio migliorano.

Il 16 settembre si procede alla determinazione dei gruppi sanguigni.

Donatore — il padre del p. — e ricevente appartengono al gruppo II (A).

Si esegue quindi la trasfusione di circa 500 cc. di sangue paterno citratato.

Il 19 settembre: atto operativo (Caucci). Eteronarcosi. Taglio paramediano: voluminosa milza libera di aderenze, fegato normale, non liquido ascitico. Allacciatura frazionata del peduncolo, splenectomia. Sutura addominale totale con punti metallici in massa. Durata dell'atto operativo: 18'.

La milza pesa gr. 400; è liscia, priva di aderenze; i vasi splenici sono pervi. All'esame istologico il reticolo splenico e i corpuscoli di Malpighi scompaiono per la sovrabbondanza d'elementi cellulari rotondi, in gran parte linfoidi.

In seguito si nota una ripresa della febbre che assume il tipo subcontinuo mantenendosi intorno a 38° con qualche raro rialzo, per due mesi circa. Nessun sintomo particolare si rileva a carico dei singoli organi. L'emocultura per il gruppo tifo-coli è negativa. Spontaneamente la febbre scompare e alla fine di novembre il bambino viene dimesso dall'Ospedale in condizioni generali notevolmente migliorate.

Il p. è seguito ambulatoriamente: lo sviluppo corporeo è normale e lo stato di nutrizione ottimo. Il bambino però è sempre molto pallido.

L'esame del sangue eseguito il 10 gennaio 1934, dopo circa 15 mesi dall'intervento, dà:

Emoglobina 35. Globuli rossi per mmc. 2.300.000. Valore globulare 0,76. Leucociti per mmc. 18.600. Formula leucocitaria: granulociti neutrofili 40 %; granulociti eosinofili 8 %; linfociti e piccoli mononucleati 44 %; grandi mononucleati e forme di passaggio 6 %; mastzellen 2 %.

Relativamente ai globuli rossi si osserva intensa anisocitosi e presenza di numerosissimi normoblasti i quali in rapporto ai leucociti si trovano nella percentuale di 80.

Osservazione III. — V. G., da S. Marianova, di anni 9. Entra in Ospedale il 25 febbraio 1930.

Anamnesi familiare negativa. Il bambino è cresciuto normalmente e non ha sofferto di malattie degne di nota. Circa due anni fa, ha incominciato a impallidire, ad accusare un malessere generale, a mostrare scarso appetito. Sono insorti poi lievi movimenti febbrili e successivamente è stato riscontrato da un sanitario un modico aumento del volume della milza, e consigliata una cura chinino-arsenicale. L'anno scorso, a pochi mesi di distanza l'uno dall'altro, tre episodi acuti e gravissimi di ematemesi. Dopo l'ultima violenta gastrorragia, nell'agosto è stato ricoverato all'Ospedale Civile, dove sono state praticate due trasfusioni di sangue fraterno. Inoltre sembra che sia stato riscontrato liquido nella cavità addominale ed estratto in discreta quantità mediante paracentesi. Le deposizioni dei genitori a questo riguardo sono molto incerte e frammentarie.

Dimesso dall'Ospedale in settembre in condizioni gravi, ha migliorato successivamente per applicazioni radioterapiche.

E. O. Il ragazzo si presenta in condizioni generali discrete, regolare sviluppo scheletrico, scarso pannicolo adiposo, lieve pallore della cute. Le principali stazioni linfatiche non presentano particolari tumefazioni. Temperatura 37°,6. Polso di frequenza modicamente aumentata, pieno, ritmico, uguale, simmetrico.

Capo, collo, torace: normali.

Addome trattabile, indolente. La milza è aumentata di volume, arriva a due dita trasverse al disopra del pube e sorpassa la linea mediana: è dura e ha superficie liscia.

Fegato nei limiti normali. Non ascite.

Esame del sangue (28 febbraio 1930):

Emoglobina 58. Globuli rossi per mmc. 5.800.000. Valore globulare 0,50. Globuli bianchi per mmc. 5.625. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 71 %; polinucleati eosinofili 2 %; linfociti piccoli e medi 20 %; grandi mononucleati e forme di passaggio 7 %.

Relativamente ai globuli rossi si osserva ipocromia ed anisocitosi.

Atto operativo (Caucci) il 28 febbraio:

Etere. Incisione di Bevan, voluminosa milza, regolarmente ingrandita, liscia, dura, senza aderenze; fegato normale; assenza di liquido ascitico. Vasi dell'ilo normali. Splenectomia con allacciatura preliminare frazionata del peduncolo. Drenaggio e sutura parietale a strati. Durata dell'intervento: 30'. Guarigione per prima.

La milza pesa gr. 650; all'esame istologico presenta: leggero ispessimento della capsula e notevole aumento dei tralci connettivali dello stroma; iperplasia del reticolo, con scarsi elementi cellulari, le maglie del reticolo sono rare, contengono emazie, qualche elemento nucleato della serie bianca e rossa, scarsi elementi endotelioidi trattenuti nel lume delle lacune da sottili peduncoli protoplasmatici; corpuscoli di Malpighi radi ed alcuni invasi dal reticolo.

All'atto operativo segue la comparsa di un versamento pleurico sieroso a sinistra, accompagnato da modica febbre e che si riassorbe in 20 giorni circa.

Il 6 aprile 1930 il p. viene dimesso perfettamente guarito e in ottime condizioni generali.

Trascorre quattro anni in pieno benessere, frequenta la scuola, conduce una vita regolarissima, è pieno di vigore tanto che è ritenuto capace di aiutare il padre nei lavori agricoli. Più di una volta si è presentato alla nostra osservazione, e noi sempre abbiamo constatato le buone condizioni di nutrizione e la mancanza assoluta di qualsiasi segno di anemia. Però recentemente si è rilevato un modico aumento di volume del fegato.

Improvvisamente il 6 aprile 1934 si ammala con febbre alta, preceduta da brivido intenso; dopo tre giorni di iperpiressia, emissione di feci color cioccolato, per abbondante quantità di sangue intimamente commisto ad esse.

L'episodio si ripete con minore intensità il giorno seguente e a noi si presenta un ragazzo profondamente anemizzato, privo di forze, intensamente pallido.

All'ingresso in Ospedale: temperatura 39°,4. Polso piccolo, quasi filiforme. Non segni di diatesi emorragica. Torace e cuore negativi. Addome dolente alla palpazione. Il fegato deborda circa un dito dall'arcata costale.

Esame del sangue (13 aprile 1934):

Emoglobina 38. Globuli rossi per mmc. 1.878.750. Valore globulare 1,05. Globuli bianchi per mmc. 14.375. Piastrine 59.368. Formula leucocitaria: granulociti neutrofili 55 %; granulociti eosinofili 1,5 %; linfociti 34 %; monociti 9,5 %.

Relativamente ai globuli rossi si osserva anisocitosi e lieve poichilocitosi e presenza di eritroblasti e megaloblasti.

Resistenza globulare: mass. 0,28; min. 0,42.

Determinato il gruppo sanguigno (II - A) cui il ragazzo appartiene, si procede alla trasfusione di circa 200 cc. di sangue di un donatore dello stesso gruppo.

Attualmente il ragazzo è migliorato, l'enterorragia non si è più ripetuta, i dolori addominali sono scomparsi, ma la temperatura si mantiene sotto ai 38°.

Riassumendo, si tratta di bambini, di 3-7-9 anni, maschi, la cui malattia è sembrata iniziare rispettivamente all'età di 1-3-7 anni; nei quali si è potuto escludere la lues, la malaria,

la leishmaniosi, la tubercolosi e l'esistenza di emopatie familiari; nei primi due la malattia si è manifestata con anemia cronica, progressiva, che ha portato i pazienti in condizioni generali gravissime; nel terzo hanno colpito sopratutto le ematemesi ripetute, che ogni volta portavano il malato in pericolo di vita e lo lasciavano in grave stato anemico; in tutti e tre esisteva un cospicuo tumore di milza, dall'aspetto della grossa milza leucemica, occupante l'intera metà sinistra dell'addome sino al pube; non coesistevano segni di cirrosi epatica, nè alterazioni del sistema linfoglandolare.

Nei tre soggetti si rilevarono anche rialzi febbrili, atipici.

Il reperto ematologico è quello d'una anemia secondaria, a tipo ipocromico, con segni di rigenerazione; l'ipoglobulia, intensa nei primi due soggetti, fa difetto nel terzo che per altro era in una rigenerazione successiva a crisi d'ematemesi, trattata con trasfusioni sanguigne e con radioterapia. La serie bianca è poco alterata e tende piuttosto alla leucopenia.

Non segni di emolisi, nè di diatesi emorragica.

In questi soggetti, escluse la leucemia, la sifilide, la malaria, il kala-azar, la diagnosi di « anemia splenica infantile » veniva naturalmente per il fatto di riscontrare una splenomegalia con anemia in bambini. Ma bastano questi dati per individuare un'entità patologica, o non designano semplicemente una sindrome?

Nella malattia di Cardarelli-Jaksch, che colpisce la prima infanzia, il quadro ematologico differisce fondamentalmente da quello dei nostri malati per la leucocitosi.

Bisogna dunque ammettere che esiste nell'infanzia una sindrome leucopenica d'anemia splenica diversa dalla forma mieloide di Cardarelli-Jaksch-Luzet.

Purtroppo, anche come denominazione sintomatica, il termine di anemia splenica è impreciso ed esiste disaccordo circa le forme morbose sinora note che esso comprende. Naturalmente vanno escluse tutte le splenomegalie infettive e parassitarie. Delle splenomegalie emopatiche, alcune possono essere sceverate; tali sono la leucemia, l'anemia perniciosa, la policitemia, l'ittero emolitico e la porpora. Ma non sarà altrettanto facile riconoscere, per esempio, un morbo di Gaucher, che può sorgere nell'infanzia e provoca anemia secondaria con discreta leucopenia; esso è caratterizzato dalle « cellule gaucheriane » all'esame istologico della milza: quindi clinicamente la differenzazione non è possibile, se non si è fortunati di riconoscere le dette cellule dalla polpa estratta con splenopuntura.

Le aleucemie e le linfogranulomatosi con splenomegalia, se non rivelano caratteri di malignità, dal decorso rapidamente aggravantesi, da adenopatie, ben difficilmente si può evitare dall'includerle nel gruppo dell'anemia splenica.

Infine, le splenomegalie cirrotiche, prima della fase epatica, e quelle tromboflebitiche non possono clinicamente escludersi da detta sindrome: tant'è vero che molti autori comprendono, per esempio, anche le sindromi Bantiane nell'anemia splenica.

Su questo punto vano sarebbe tentare un accordo tra le molteplici concezioni, che vanno da una denominazione unica, sintetica, di « anemia splenica » caratterizzata da: etiologia sconosciuta, evoluzione cronica, splenomegalia, anemia secondaria leucopenica, ematemesi — alle numerose descrizioni nosologiche quali: malattie di Banti, anemia splenica emolitica, anemia splenica mieloide, splenomegalia primitiva con sindrome gastro-intestinale, splenomegalia tromboflebitica, ecc. ecc.

Tornando ai nostri casi, noi possiamo attribuire loro la vasta e comprensiva denominazione di anemia splenica, avvertendo che con l'attributo « infantile » non vogliamo identificarli con la varietà detta mieloide (Vaquez-Aubertin) cioè con la malattia di Cardarelli-Jaksch-Luzet-Haiem, ma con le varietà leucopeniche.

Lo sforzo di sistematizzazione per individuare le singole forme morbose avrebbe sopratutto questa finalità, la precisa indicazione terapeutica.

Anche sui risultati dei vari trattamenti le opinioni non collimano: accanto alle forme guarite spontaneamente e con cure mediche, ve ne sono altre che non risentono beneficio neanche dalla splenectomia.

La terapia dovrebbe basarsi sulla conoscenza etiologica e patogenetica della malattia. Quali momenti etiologici sono stati invocati: infezioni (specie la lues e la tubercolosi), rachitide, carenze alimentari. È intuitivo che codesti elementi non costituiscono la causa determinante della sindrome.

Molto si è insistito sulla rachitide: si afferma che esistono splenomegalie rachitiche anche gigantesche senza leucocitosi ed eritroblastosi, che possono regredire, ovvero trasformarsi nella forma ematologica di Cardarelli-Jaksch.

Senza voler avanzare l'ipotesi che le altera-

zioni scheletriche della rachitide potrebbero essere secondarie al medesimo agente che determina l'emo-splenopatia, nei nostri casi, due non avevano alcuna nota rachitica, mentre il terzo presentava sovratutto uno stentato sviluppo scheletrico, in accordo con la distrofia cronica di tutto l'organismo; codesto stato, che si manteneva da cinque anni, malgrado le cure, non poteva attribuirsi alla rachitide.

In conclusione la terapia medica raramente potrà essere etiologica, e il più delle volte sarà sintomatica.

La radioterapia non sembra abbia molti aderenti (Petroni, Zamboni, Aubertin): in uno dei nostri malati era stata tentata senza successo.

L'anemia splenica in genere ha segnato i maggiori successi della splenectomia. Terapia empirica, se si vuole, perchè non si conosce quale parte abbia la milza nel determinismo della malattia. È quest'organo sede di un ipotetico elemento tossico, secondo la concezione Bantiana, ovvero la milza si iperplasizza secondariamente a sconosciute cause nocive che agiscono sul sistema emopoietico? Con questa seconda ipotesi la splenectomia non può recare una guarigione, ma potrebbe recare un miglioramento per la stimolazione che reca nell'attività degli organi emopoietici.

L'importante è dunque vagliare accuratamente i risultati operativi e seguire prolungatamente gli operati. I relatori del Congresso internazionale di Chirurgia del 1926 accennano ad una ventina circa di osservazioni, in massima con esito favorevole, talune senza successo; buona parte degli esiti favorevoli sembrano dei semplici miglioramenti, ma sono anche riferiti casi di guarigione osservati a distanza di parecchi anni.

Questi risultati, lungi dal far ammettere che la splenectomia sia il mezzo pronto e sicuro per ottenere la guarigione, autorizzano a considerare l'atto chirurgico perfettamente indicato dopo l'insuccesso delle cure mediche e radioterapiche.

La nostra esperienza permette dedurre che la splenectomia può essere tentata anche in casi ridotti in condizioni generali gravissime (opportunatamente preparati con trasfusioni sanguigne).

Tutte e tre le nostre osservazioni hanno ottenuto un notevole e durevole miglioramento, persistente da qualche anno.

Due di questi operati si mantengono anemici (l'uno di essi conserva lo stentato sviluppo fisico che s'era quasi arrestato nei cinque anni di malattia), tuttavia conducono una esistenza pressochè normale, rispettivamente da 2 a 6 anni. Il terzo operato per cinque anni è sembrato perfettamente guarito, cresciuto vigoroso e resistente, quando improvvisamente è stato colto da nuova enterorragia; di notevole, in questa circostanza si è riscontrata una considerevole diminuzione del numero delle piastrine; dunque la splenectomia non può considerarsi un mezzo per ottenere stabilmente il ritorno al normale del numero delle piastrine.

La nostra esperienza ci porta a concludere che la splenectomia è indicata nell'anemia splenica infantile, quando ogni altro mezzo medico abbia fallito; che verosimilmente la detta terapia chirurgica non è etiologica, poichè non sembra che nella milza sia rinchiusa la causa della malattia, bensì è una terapia sintomatica in quanto la soppressione della milza stimola la funzione emolinfopoietica, specie del midollo osseo e delle linfoghiandule, e ciò probabilmente si deve non solo al potere vicariante del sistema reticolo endoteliale, ma alla soppressa azione emolitica e inibitrice della milza sulle funzioni del midollo osseo.

I risultati non permettono di proclamare la guarigione, nel senso preciso ed assoluto, ma notevole e durevole miglioramento; infatti le note ematologiche conservano le loro caratteristiche qualitative (se si eccettua la leucocitosi subentrata alla leucopenia) e perfino il numero delle piastrine si mantiene inferiore al normale. Le caratteristiche cliniche sebbene quantitativamente ridotte in modo che ad una osservazione affrettata si potrebbe parlare di guarigione, persistono tuttora: persiste lo sfondo anemico, lo sviluppo corporeo, se in precedenza colpito rimane deficiente, le gastrorragie possono ricomparire anche dopo qualche anno di perfetto benessere. Ma in complesso i malati conducono un'esistenza che s'avvicina alla normale.

RIASSUNTO.

Gli AA. riferiscono tre osservazioni di anemia splenica infantile nelle quali la splenectomia ha portato un notevole miglioramento delle condizioni generali, senza peraltro determinare un'assoluta scomparsa della sindrome anemica. Esposti i quadri clinici e i risultati operatori, concludono che, attenendosi a una diagnosi sintomatica e generica, in simili casi, quando ogni terapia medica sia riuscita vana, è indicata la splenectomia quale terapia sintomatica, capace di recare una trasformazione favorevole nel decorso dell'affezione.

BIBLIOGRAFIA.

DI GUGLIELMO. *Malattie del sangue e degli organi emopoietici*, nel Trattato italiano di medicina interna.
FEER. *Trattato di pediatria*.
G. e F. KLEMPERER. *La clinica moderna*.
MORAWITZ e SEJFARTH. *Anemia*.
G. KLEMPERER e RADT. *Malattie della milza*.
H. HIRSCHFELD. *Leucemie e quadri morbosi affini*.
LEOTTA. *Chirurgia della milza*. Società Internazionale di Chirurgia, Varsavia, 1929.
PAPAJOANNOU. *Chirurgie de la rate*. Ibid., 1929.
LÉVENT. *Anemia di Jaksch-Hajem e splenectomia*. Policlinico, Sezione pratica, anno 1933.
KAUFMANN. *Trattato di anatomia patologica speciale*.
LAUDAU-HAJMAN. *Anémie splénique et gastrorragies*. La Presse Médicale, 1934, n. 22.

RIVISTE

Nuove vedute sulla funzione del circolo polmonare

per il prof. VITTORIO SERRA.

Da quando le osservazioni di Barcroft ebbero richiamato l'attenzione sulla capacità della milza di derivare a sè una parte della massa circolante e di trattenerla nel suo parenchima sino a che le esigenze dell'organismo non la richiamassero in circolo, il concetto dell'esistenza di organi in funzione di depositi sanguigni (Blutdepots) si è andata sempre più allargando sino a divenire un elemento fondamentale nella nostra concezione attuale della dinamica circolatoria (Eppinger, Hildebrandt, Hess, ecc.).

Accanto alla milza, anche il fegato ed il plesso sottopapillare della cute si sono dimostrati capaci di funzionare come organi-depositi; e sulla loro partecipazione il Wollheim ha fondato le sue note teorie dello scompenso circolatorio *in più* (per eccesso di massa circolante in seguito allo svuotamento dei depositi) ed *in meno* (per difetto di massa circolante in seguito all'ingorgo dei depositi).

Ma questa concezione puramente dinamica del deposito sanguigno ha subito una nuova evoluzione da quando le si è voluto riconoscere anche la finalità più strettamente biologica di « modificazione utile del sangue »; la funzione dell'organo che, derivando parte della massa sanguigna dalle grandi vie circolatorie la trattiene per un tempo variabile nell'ambito del suo parenchima, non è soltanto quella di alleggerire il circolo, ma di operare sul sangue quelle modificazioni della sua composizione che possano renderlo più utile all'organismo allorchè torni a circolare.

È in tal senso che vanno intese le parole di Barcroft secondo cui « il sangue è utilizzato nell'organo che lo trattiene »; e giustamente osserva lo Pfeifer che sarebbe impossibile oramai limitare la funzione di deposito ad un concetto di puro biomeccanismo, ed ammettere che i Blutdepots non siano che dei semplici « recipienti di sangue » (Blutbehälter).

Il tessuto cellulare dei parenchimi esercita sul sangue che con grande lentezza li percorre tutta una serie di modificazioni biologiche; così, nel torpore circolatorio della sua temporanea derivazione, la massa sanguigna va trasformandosi sotto l'incessante attività del biochimismo tissulare, e quando rientra in circolo, è valorizzata e biologicamente efficiente (vollwertiges Blut).

In tal modo il concetto della funzione di organo deposito viene ad assumere un significato biologico importantissimo; ed ha permesso di allineare, accanto ai precedenti già ricordati un altro organo: *il polmone*.

A livello di nessun parenchima come del suo, infatti, si verifica una così radicale trasformazione del sangue; basterà ricordare i processi fondamentali dell'ematosi, e tutti gli altri secondari con questi connessi; tuttavia ciò non sarebbe bastato per riconoscere al polmone il significato di organo deposito se le ricerche più recenti non avessero portato nuova luce sulle caratteristiche funzionali della sua circolazione.

Lo studio del sistema vasale del polmone è stato ripreso da qualche tempo non solo da un punto di vista anatomico (Arrigoni, Benninghoff, Pfeifer, Policard, Sjöstrand, Toyama, ecc.) ma radiologico (Busi, G. e G. Meldolesi, Salotti, Vallebona) e capillaroscopico (Corbia, Chiurco, Hall, Reinhardt, Salvioli, Wearn), mentre accurate indagini di fisiopatologia circolatoria sono state condotte nel polmone sottoposto alla collassoterapia (Rabbiosi, Sauerbruch).

Attraverso questi lavori si è andata precisando una concezione affatto diversa sulle possibilità funzionali del piccolo circolo che sinora ci eravamo abituati a considerare come una rete passivamente interposta tra il ventricolo destro e l'atrio sinistro, destinata a ricevere e trasmettere il sangue senza esercitare su di esso altra attività di quella ematosica, e condizionata integralmente, nella sua attività di trasporto, dalla funzione delle due sezioni cardiache.

È merito sopratutto delle ricerche di fisiopatologia ed anatomia capillare condotte in questi ultimi tempi dalla Scuola del Morawitz (Hochrein, Keller, Matthes, Pfeifer) e da Autori Italiani (Salvioli e Chiurco) se questo nostro radicato concetto, supinamente ereditato da autore ad autore, accenna oggi a trasformarsi radicalmente.

Noi ricorderemo qui in breve i risultati di queste ricerche perchè essi costituiscono la base indispensabile allo sviluppo delle nostre nuove vedute interpretative.

Gli studii istologici di Pfeifer (Lipsia) condotti sul polmone di scimmia iniettato in sito con sostanze coloranti senza che ne venisse modificato il contenuto d'aria, hanno dimostrato che il grado di riempimento vasale di questo organo non solo varia da un punto all'altro nello stesso momento, ma nello stesso punto da un momento all'altro; nell'ambito ristretto dello stesso campo di osservazione è possibile osservare zone strettamente atelettasiche accanto ad altre ampiamente enfisematose, con dilatazione dei vasi nelle prime e restringimento nelle seconde; un semplice setto separa le une dalle altre. Evidentemente la distensione ed il rilasciamento del tessuto polmonare creano delle resistenze variabili che regolano la distribuzione della massa circolante nel suo interno, indipendentemente dalle oscillazioni della pressione sanguigna, e secondo un meccanismo legato soltanto alla mobilità respiratoria dell'organo; l'importanza diretta di questo fattore extracardiaco nella regolazione del piccolo circolo è di primissimo ordine.

A seconda delle variazioni della pressione endoalveolare, il volume degli alveoli si modifica, determinando ogni volta alterazioni nella forma e nelle condizioni di circolo della rete capillare che li circonda.

In condizioni di riempimento medio, o di riposo, i capillari sono adagiati intorno alla cavità alveolare non come dei cilindri rigidi che la sfiorino solo tangenzialmente, ma come delle camere d'aria afflosciate (Pfeifer) che vi si adagino per largo tratto.

La dilatazione degli alveoli, per aumento della pressione endoalveolare, o il loro rilasciamento, per la diminuzione della pressione, incidono ugualmente, sebbene in senso contrario, sul calibro dei capillari, provocandone rispettivamente il restringimento o la dilatazione.

D'altro canto le belle ricerche capillaroscopiche condotte da Salvioli e Chiurco a Berlino ed a Siena, sul polmone del cane vivente, hanno dimostrato che, quando il regime di pressione endopolmonare supera, nell'uno o nell'altro senso, la norma, la velocità di corrente dei capillari si arresta, mentre il loro calibro rispettivamente si dilata o si restringe; quando invece la pressione è media, e variabile entro i limiti normali del respiro, la velocità della corrente aumenta nella ispirazione e diminuisce nella espirazione.

Analoghe osservazioni sono state fatte da Tiemman e Daiber della scuola di Kiel.

Tutti questi dati confermano l'importanza che la elasticità polmonare, su cui il Morelli ha richiamato da lungo tempo la nostra attenzione, esercita sulla emodinamica di questo organo.

Inoltre le ricerche di Pfeifer hanno dimostrato la presenza nel polmone di abbondantissime anastomosi extracapillari che fanno rassomigliare la trama vasale del polmone a quella del fegato; a differenza però da quest'ultimo, si osserva nel polmone che la rete capillare ha un calibro vasale medio assai inferiore a quello delle arterie afferenti e delle vene efferenti, ciò che rende possibile una mobilitazione rapida ed ingente della massa sanguigna nella o dalla rete capillare; mentre nel fegato le vie che affluiscono alle vene efferenti sono di calibro non molto inferiore a queste, il che favorisce naturalmente l'ingorgo e rende più lento il deflusso del sangue.

D'altro canto il Toyama ha veduto che nel polmone non tutti i capillari sono aperti nello stesso momento; ciò si verifica soltanto in condizioni particolari, come per esempio dopo una iniezione di adrenalina, nell'asportazione dell'altro polmone o durante uno sforzo muscolare.

Anche secondo Sjöstrand, il polmone non è tutto irrorato, in condizioni normali, ma vi sono grandi zone chiuse al circolo attivo e contenenti un sangue ristagnante (deponiertes Blut) che vi fluisce con estrema lentezza.

È evidente quindi che il polmone possiede dei terrritori di circolo di riserva, non diversamente da quanto Krogh ha per il primo dimostrato nei muscoli, e da quanto si ammette oggi anche per la cute, il cervello (Pfeifer), ecc.

Si aggiunga infine che tanto i capillari perialveolari quanto i vasi intraseptali afferenti ed efferenti sono estremamente dilatabili (Pfeifer); e che Sjöstrand ha descritto dilatazioni sinuose dei capillari sporgenti come gozzi entro la cavità dell'alveolo (così anche Policard).

Grazie appunto a questi particolari caratteri della sua trama capillare, il polmone è in grado di derivare dal grande circolo, o di scaricarvi, una notevole quantità di sangue biologicamente attivata; e tutto ciò nello spazio di poche battute del cuore, il che costituisce addirittura una superiorità di questo su gli altri depositi.

Ma v'è di più: le ricerche di Hochrein e dei suoi collaboratori hanno dimostrato che esiste tra il polmone e gli altri depositi, specialmente la milza, un rapporto reciproco che ne regola le funzioni; così, ad esempio, la stimolazione del sistema simpatico (iniezione di adrenalina) determina contemporaneamente — in condizioni circolatorie normali — l'ingorgo del polmone e lo svuotamento della milza; la stimolazione del vago riempie di sangue il polmone senza influire sulla milza; e l'acido carbonico provoca il contemporaneo svuotamento dei due depositi.

La funzione di deposito permette al polmone di assicurare la continuità del circolo anche quando venga a mancare l'equilibrio tra l'attività del ventricolo destro e quella dell'atrio sinistro, espresse in volume-minuto; trattenen-

do a sè una certa quantità di sangue il polmone compensa l'aumento della pressione endoaortica, attraverso una dilatazione dei suoi vasi capillari che segue, con ogni probabilità, ad un intervento dei centri regolatori della pressione, e che non ha significato di insufficienza ma di compenso e lo stesso effetto di un salasso incruento.

Entrambe queste manifestazioni della attività di compenso (Pufferwirkung) del polmone rientrano nel quadro della sua funzione biomeccanica di « deposito ».

Per quanto riguarda l'attività biochimica, basterà ricordare che ogni volta che l'organismo ha bisogno di accentuare il processo dell'ematosi, il polmone aumenta il suo contenuto di sangue; ed è appunto in tal senso che va intesa, ad esempio, la diminuzione della capacità vitale (inversamente parallela al grado della replezione vasale), durante uno sforzo muscolare; quando, nella fase di ripresa, la capacità vitale ritorna normale e sale persino a valori superiori a quelli iniziali, ciò corrisponde al generoso svuotamento del polmone che cede il suo sangue ormai ricco d'ossigeno ai varii organi che ne sentano il bisogno.

È probabile inoltre che, oltre al ricambio gassoso, l'attività biochimica del circolo polmonare interessi anche la regolazione del metabolismo idrico ed eserciti una funzione disintossicante; o che per lo meno, come ritiene il Renda, sia capace di riassumere queste funzioni, che gli sono proprie nel primo anno di vita e poi sono passate al fegato, quando quest'ultimo sia leso e funzionalmente insufficiente.

Ad ogni caso è certo che il polmone è capace di modifcare la sua massa circolante, sottraendola o cedendola alla grande circolazione; il sangue che vi è derivato nel parenchima polmonare non vi ozia, ma vi è utilizzato con finalità che, forse, vanno oltre a quelle della sola ematosi.

In tal modo il polmone mostra di possedere quella elasticità di circolo e quella capacità di utilizzazione biologica che sono le due condizioni necessarie perchè venga riconosciuto ad un organo il concetto, nel senso oggi ammesso, di funzione di deposito.

Roma, gennaio 1935-XIII.

LETTERATURA.

Barcroft. *Die Stellung del Milz im Kreislaufsysthem.* Ergebn. Physiol., XXV, 1926.

Chiurco. *Ricerche morfologiche e funzionali sui capillari del polmone.* La lotta contro la tubercolosi, IV, 5-6, 1933.

Eppinger. *Kreislaufstörung und zirkul. Blutmenge.* VI Fortbild. Lehr. Bad Nauheim, 1929.

Hess. *Die Regulierung der Atmung.* Ed. Thieme, Leipzig, 1931.

Hildebrandt. *Die Steuerung der Blutverteilung und ihre pharmakologische Beeinflussung.* VII Fortb. Lehr. Bad Nauheim, 1930.

Hochrein. *Zur Anatomie und Physiologie des Lungendepots.* Ziet. f. Kreislauff., 24, 1934.

Pfeifer. *Die Angioarchitektonik der Lunge mit Rucksicht auf ihre Blutdepotfunktion.* Ibid.

Salvioli e Chiurco. *Studien über die Lungenzirkulation mit dem Tonspatiroskop.* Deut. Zeits. f. Chirurgie, CCXL, 1933.

Tiemann und Daiber. *Beobachtungen an den Lungencapillaren.* Zeit. ges. exper. Medizin, LXXX, 1932; LXXXVI, 1933.

SUNTI E RASSEGNE

NUTRIZIONE.

Vedute moderne sulla nutrizione.

(F. Gowland Hopkins. *British med. journ.*, 23 marzo 1935).

In questa sua conferenza tenuta alla Royal Society of Arts, l'A. accenna alla storia della nutrizione dell'uomo dai tempi di Liebig ed alle diverse questioni connesse con i bisogni calorici e con i principî alimentari (proteine, carboidrati e grassi). Complessi, egli aggiunge, sono i bisogni della nutrizione ed i singoli fatti chimici che si compiono in seno ai tessuti non procedono indipendentemente, ma come parte di un tutto, ognuno in rapporto diretto od indiretto con gli altri. Nel corso della crescenza o nei processi di riparazione dei tessuti, i materiali eterogeni provenienti dal cibo sono convertiti, mediante processi regolati di ricostruzione, nei materiali di alta specificità di cui è composto ogni tessuto; mentre le varie attività dei singoli tessuti sono basate su una determinata serie di fatti chimici. Ogni unità di tessuto, ogni singola cellula costituisce un sistema che, pure attraverso un'innumerevole quantità di tali fatti, mantiene un'individualità essenziale, in una condizione di *equilibrio dinamico* che, se anche turbato, tende sempre alla media normale. Ne segue che ogni singola reazione chimica che vi si compie deve progredire in rapporto diretto od indiretto con le altre relazioni. In questa organizzazione, i nuovi materiali provenienti dai cibi finiscono per trovare il loro posto ed i prodotti del ricambio abbandonano il sistema, mentre i materiali viventi mantengono la loro identità. Suprema legge degli eventi chimici nelle manifestazioni della vita è l'organizzazione.

La condizione di equilibrio che ne risulta è straordinariamente sensibile a certi turbamenti dall'esterno. Poichè l'equilibrio endocellulare è suddiviso fra le molecole chimiche di alta specificità, ognuna delle quali spiega delle proprietà dovute alla sua speciale struttura, si comprende che l'intrusione di mo-

lecole estranee debba provocare gravi turbamenti. Per esempio, l'introduzione di una molecola di un tossico potente può produrre dei turbamenti irreversibili dell'equilibrio stesso. Non tutte le molecole estranee, però, possono provocare effetti notevoli, i quali dipendono dalla struttura della molecola stessa, che la rende « biologicamente attiva ».

Da tempo è noto che vi sono molecole le quali, potendo provenire pure dall'esterno, non sono estranee alle cellule, anzi sono assolutamente necessarie per la loro attività. Nell'organismo, esse sono localizzate a determinati organi, donde arrivano agli altri mediante la circolazione. Sono questi gli ormoni, ognuno dei quali è costituito da una speciale sostanza chimica indispensabile alle funzioni dell'organismo ed attiva in minima quantità.

Una funzione, apparentemente analoga a quella degli ormoni, è quella esercitata dalle *vitamine*, che l'organismo è incapace di produrre e che deve ricevere dall'esterno mediante gli alimenti. Sono anch'esse attive in quantità straordinariamente piccola, non forniscono energia in misura apprezzabile e nemmeno servono per la struttura dei materiali. La loro presenza, al pari di quella degli ormoni, è piuttosto necessaria per il progresso normale degli eventi ed hanno pertanto delle funzioni dinamiche.

È certo strano che la natura abbia, da un lato costretto gli animali a provvedere alcune sostanze essenziali dall'esterno (le vitamine) mentre ha dato loro il potere di produrne altre pure essenziali (gli ormoni). È anche notevole il fatto che alcuni animali possono produrre delle speciali vitamine che debbono così essere fornite ad altri mediante il cibo.

Straordinariamente attive sono le ricerche in questo campo delle vitamine e si calcola che su di esse si pubblichi un migliaio di lavori all'anno oltre a molti volumi che vi sono dedicati. Ciò rende assai difficile il riassumere le attuali idee in proposito.

Vitamina A. — Fin dai primi tempi in cui è stata scoperta, si è assodato che essa è indispensabile per l'accrescimento dei giovani animali e che in sua assenza si hanno sintomi patologici. Noi sappiamo, oggi, che tali sintomi provengono primariamente da modificazioni degenerative delle cellule epiteliali che rivestono le superfici del corpo, quelle dell'intestino, della pelle, degli alveoli polmonari. Fra gli effetti notevoli di carenza della vitamina A, sono da menzionarsi la xeroftalmia, frequente in Oriente e non ignota in Europa, nonchè la emeralopia.

Le sue funzioni sono assai più importanti di quanto non si possa dedurre da questi esempi. Recenti studi hanno dimostrato che essa è chimicamente affine ad un gruppo di pigmenti vegetali noti sotto il nome di carotene e che quando tali pigmenti sono contenuti nei cibi, pure non avendo un'influenza specifica sulla nutrizione, sono trasformati dal fegato in vitamina. A parte l'interesse chimico che può da ciò derivare, il fatto ha anche importanza pratica, in quanto che i vegetali verdi contengono carotene e costituiscono così una sorgente importante di tale principio.

La vitamina A è stata recentemente isolata allo stato puro e la sua costituzione è nota; si presenta in forma di un olio giallo, di azione tanto potente che bastano 5 millesimi di milligrammo come dose giornaliera per un ratto e 3/10 per un uomo.

Vitamina C, acido ascorbico. — È nota come la vitamina che previene lo scorbuto. Ottenuta ora allo stato puro, in forma di sostanza cristallina, di nota costituzione. La quantità giornaliera necessaria per un piccolo animale è di 3 milligrammi. Essa è specialmente ma non esclusivamente, destinata alla nutrizione normale dei capillari e le emorragie, che sono caratteristiche dello scorbuto, sono dovute a degenerazione di questi.

È assai interessante notare che una sostanza capace di esplicare delle funzioni tanto specifiche sia contenuta in cibi che servono per l'ordinaria alimentazione, gli zuccheri. Tale vitamina porta oggi il nome equivalente di acido ascorbico.

Vitamine D ed E. — La presenza della vitamina D è indispensabile per un adatto metabolismo del calcio e la sua mancanza produce il rachitismo. Essa appartiene alla classe degli steroli ed è interessante il rilevare che tale struttura, sia pure in forma modificata, è posseduta da vari importanti ormoni, il che ci riconduce dall'idea già sopra accennata che le *vitamine siano da considerarsi come degli ormoni esogeni.*

Nella vitamina E, abbiamo un principio che influisce sullo sviluppo e sul funzionamento normale degli ormoni della generazione. La costituzione chimica non ne è stata ancora determinata, ma si è veduto l'effetto della sua somministrazione, p. es., a donne che erano soggette ad aborto abituale.

Il complesso vitaminico B. — Era un tempo indicato col nome di vitamina B, che si dimostrava necessaria a mantenere la normalità del sistema nervoso. Attualmente, si scinde in B_1 (che ha le funzioni ora accennate) ed in B_2, che consta, a sua volta, di due fattori; in assenza di uno di questi, si sviluppano dei sintomi analoghi a quelli della pellagra. L'altro fattore è simile alle flavine (come la vitamina A è analoga al carotene), pigmenti gialli fluorescenti, diffusi in natura, presenti in piccola quantità nel latte e connessi con l'accrescimento. Esso è attivo, nei giovani ratti, alla dose giornaliera di mg. 0,015.

È da desiderarsi che una sufficiente quantità di vitamine sia fornita nei consueti cibi; ad ogni modo, l'industria può ora fornire dei prodotti concentrati che sono attivi ed utili.

Per quanto riguarda le esigenze dell'organismo in *sostanze minerali*, si devono distinguere quelle necessarie per la struttura dell'organismo stesso e quelle che sono necessarie soltanto in minima quantità per lo stimolo dei tessuti. Così, di calcio e di fosforo ne occorrono notevoli quantità, mentre ne bastano piccole di magnesio e di ferro e minime, sembra, di altre come il manganese ed il rame.

Gli effetti delle varie diete e dei varî principi alimentari si dimostra mediante esperimenti sia sugli animali che sull'uomo, specialmente sull'organismo in via di accrescimento. Così, p. es., è stata dimostrata l'azione del latte, aggiungendone circa mezzo litro al giorno alla dieta di un gruppo di bambini di una comunità che aveva il consueto vitto normale. Dopo un anno, si è veduto che l'accrescimento in peso era stato di kg. 1,700 e quello della statura di cm. 4,6; mentre per i bambini a cui si era dato il latte, si aveva rispettivamente kg. 3,15 e cm. 6,8. Non bisogna però dimenticare che si tratta di fatti molto complessi e che prima di concludere occorre molta circospezione. Così, p. es., se è vero che la vitamina D ha importanza per il processo della dentizione, è da rilevare che tale azione la possiedono anche la A e la C; per la nutrizione cutanea è importante il complesso vitaminico B_2, ma non meno lo è la vitamina A. Per le funzioni della generazione è essenziale la vitamina E, ma la mancanza di fertilità può anche derivare da deficienza della A. Ogni vitamina possiede quindi un'azione specifica, ma i fenomeni patologici possono essere prodotti da un complesso di cause.

Per le applicazioni pratiche, è anzitutto necessario rilevare che i vegetali verdi e le frutta non vanno considerati come articoli di lusso, ma come necessità e che i cereali, specialmente se frazionati, non debbono essere tanto predominanti nella dieta da escludere i prodotti animali, specialmente quelli della latteria. L'A. insiste specialmente sulla grande utilità che viene dal consumo del latte e sul fatto che la pastorizzazione, se fatta bene, non altera le proprietà di tale importante alimento.

Di grande importanza è la sorveglianza sulla alimentazione dell'organismo in via di accrescimento, il quale ha bisogno assoluto di proteine di prima qualità, di vitamine, di calcio, di fosforo, ecc.: molti di questi principî possono essere forniti dal latte.

La nozione dei saggi principî dell'alimentazione può condurre al miglioramento nelle condizioni di salute della nazione. Purtroppo, molto cammino ci rimane ancora per arrivare alla precisa conoscenza di tale materia, mentre spesso vi sono ostacoli economici per fornire gli alimenti in quantità e di qualità adeguate. Essenziale è specialmente il provvedere ai bisogni dell'organismo in via di accrescimento ed alla donna incinta. *fil.*

Nuovi orientamenti nei concetti sulla nutrizione.

(J. S. McLESTER. *Journ. amer. med. assoc.* Vol. 103, n. 6).

È passato il tempo in cui, per regolare la dieta di un malato, il medico gli faceva la lista dei cibi proibiti; ora, invece, gli prescrive quelli che egli deve mangiare, il che costituisce un grande progresso per la medicina.

Trascurata a lungo, la scienza della nutrizione era diventata il campo d'azione di un semiciarlatanismo e di uno stravagante faddismo, mentre ai nostri giorni le scoperte che si sono venute facendo in questo campo hanno attirato su tale argomento l'attenzione del medico e del profano. Man mano, poi, dalla sola preoccupazione delle condizioni patologiche locali del danno, cioè, che si può fare ad un determinato organo, si è venuti a considerare la nutrizione del paziente sotto il punto di vista della fisiologia generale di tutto intero l'organismo.

Così, da un venticinquennio, la *nutrizione dei tifosi* si è radicalmente mutata. Due fatti colpivano l'osservatore nei pazienti affetti da tifoide: la esigua quantità di cibo che loro si permetteva e lo stato disperato in cui tali malati si trovavano. Attualmente, le cose sono ben diverse e, con la nutrizione che loro si concede ora, sono scomparsi la carpologia, il sussulto tendineo, il delirio mormorante e quella tormentosa distensione addominale che veniva interpetrata come tossiemia. (La necessità di alimentare i tifosi e l'abbandono del feticismo del latte sono stati sostenuti dal Murri fin dall'ultimo decennio del secolo scorso ed i suoi allievi sono sempre rimasti sorpresi quando vedevano la dieta di affamamento a cui i medici di altre scuole condannavano i tifosi. È questa, mi sembra, una rivendicazione italiana ben più importante di molte altre di scarso significato - *N. d. R.*).

Così pure il semidigiuno a cui i medici, seguendo la scuola di Leube, costringevano gli individui affetti da *ulcera gastrica* si è mostrato dannoso, perchè ritarda la guarigione. Il metodo istituito da Lenhardtz ed adattato allo stomaco americano da Sippy è di grande utilità non soltanto perchè il cibo più abbondante ha una diretta influenza sullo stomaco, ma anche perchè mantiene il paziente in uno stato di equilibrio nutritivo.

Altro errore del passato è quello della dieta nel *morbo di Bright*. Nel trattamento di tutte le forme di nefriti, il medico ha il solo obbiettivo di risparmiare il rene e pensa che ciò si possa ottenere soltanto con una feroce restrizione delle proteine, temendo soltanto i prodotti della degradazione di questo e trascurando il paziente. Il medico, così facendo, non considera che le proteine, utilizzate dall'organismo a scopo di sostituzione, non sono

degradate sino ai loro prodotti finali e quindi non arrivano a caricare il rene e non tengono presente che la perdita di proteine, aggiunta al digiuno proteico, deve condurre necessariamente ad un deficit delle proteine dell'organismo, all'inanizione cronica che ritarda la guarigione.

La verità di questo concetto è apparsa dai sorprendenti risultati ottenuti da Epstein alimentando con forti quantità di proteine i pazienti affetti da nefrosi. Ed esso è stato poi ampliato dalle osservazioni di Van Slyke, secondo cui se si mantiene il deficiti proteico del plasma nella nefrite glomerulare, i pazienti vanno male, mentre essi si avviano alla guarigione quando si lasciano pur perdere le proteine, ma si mantengono le proteine del sangue ad un livello approssimativamente normale. Dimostrativi sono, a tale proposito, i risultati ottenuti da McCann somministrando abbondanti quantità di proteine nei pazienti con nefrite glomerulare, mentre i risultati sono cattivi quando si restringe la quantità di tali alimenti. Anche in questo caso, quindi, la professione medica ha progredito della pura lesione patologica alla funzione fisiologica generale.

Lo stesso si può dire per i pazienti con *ipertensione vascolare*, ai quali si proibiscono carni ed uova, con la conseguenza che il digiuno proteico non fa che aggiungere un altro ostacolo a molti pazienti che già soffrono di altre deficienze, sicchè ne risulta una semi-invalidità. Invece, a questi pazienti, in luogo di una dieta unilaterale, si deve somministrare una dieta ben equilibrata, a cui non manchi il necessario, dieta che potrà conservare il vigore per il massimo periodo di anni.

Mutamenti nei concetti nutritivi si sono avuti recentemente anche per il *diabete*, che veniva considerato soltanto dal punto di vista della deficiente utilizzazione dei carboidrati. L'avvento dell'insulina ha permesso di ovviare alla deficienza del metabolismo che derivava da un'eccessiva restrizione dei carboidrati, di cui cui se ne possono ora somministrare delle quantità sufficienti.

Anche nella *tubercolosi*, le nostre vedute si sono modificate e la capacità del paziente di accumulare del grasso non è più considerata come il miglior criterio del progresso della cura. Anzi, l'obesità od una condizione vicina ad essa è considerata piuttosto come un ostacolo; al tubercoloso va, quindi, somministrata una dieta larga, ma non troppo, che possa mantenerlo in condizioni di equilibrio nutritivo, prossimo al suo peso ideale.

Nell'*artrite cronica*, si sono proposte le diete più svariate e quasi tutti gli alimenti sono stati, dall'uno o dall'altro, banditi. Così le proteine sono state limitate perchè producono acido urico, le frutta ed i pomodori, strano a dirsi, perchè contengono acidi; lo zucchero e l'amido perchè si ritiene da taluno che abbassino la tolleranza al destrosio. Nessun risultato sicuro venne però riferito sulla utilità di tutte queste restrizioni, mentre si va facendo strada l'idea che, salvo per la riduzione di peso negli obesi, bisogna guardarsi da ogni dieta unilaterale e prescriverne invece una che sia discretamente larga ed apporti tutti gli elementi essenziali, tenendo presente che questi poveri disgraziati rimarranno malati per lungo tempo e che si deve, pertanto, conceder loro una dieta che li assicuri da ogni deficienza.

Anche i *bisogni nutrivi dell'infanzia* vengono ora considerati sotto un più ampio punto di vista ed il pratico che 30 anni fa ha appreso certe formule alimentari rimane ora maravigliato al vedere somministrare spinaci, carote, barbabietole, carne grattata ed altro; una prova lo convincerà dell'utilità di tale cambiamento.

Anche nell'*ostetricia*, i nuovi concetti nutritivi sono giovevoli, in quanto che è da ritenersi erronea l'idea che la quota proteica della gravida debba essere ristretta per timore di danni al fegato e di produzione di eclampsia, come pure la tendenza che alcuni hanno di restringere quantitativamente la dieta della gravida per limitare la grossezza del feto e rendere più facile il parto. La gravida, invece, ha bisogno di una dieta molto più larga che non in ogni altro periodo della vita, non soltanto di carboidrati e di grassi, ma di proteine, di vitamine, di minerali.

Questi nuovi concetti sulla nutrizione non sono il risultato di incertezze e di oscillazione di opinioni, ma sono basati sopra una migliore comprensione del problema derivante da pazienti ricerche e da esatte osservazioni cliniche. *fil.*

ANESTESIA.

Quello che ci si può attendere dall'Evipan sodico.

(M. GUY. *Presse Méd.*, 29 dic. 1934).

All'inizio dell'applicazione dell'Evipan sodico si è visto che, pur variando opportunamente la dose secondo l'età e il peso dell'ammalato, l'effetto anestetico non era eguale in tutti i casi; nè lo studio del riflesso oculo-cardiaco, della pressione arteriosa e della reflettività hanno potuto guidare ad un giusto criterio di somministrazione individuale. Si è visto solo che nei casi con azione cardiaca più frequente che di norma, di solito il tempo di anestesia è abbreviato.

L'acquisto di nuova esperienza permette all'A. di dichiarare che unicamente l'aspetto clinico del soggetto può far dire a priori come si svolgerà e quanto durerà la narcosi.

Dallo studio di 150 casi, egli pensa che tre sono le condizioni di cui bisogna tener conto:

1) *Età del soggetto.* — Dai 4 ai 30 anni: risultato favorevole nel 60 % dei casi, con durata massima di anestesia 20'. Nel rimanente,

l'anestesia è stata completata con cloruro d'etile, protossido d'azoto-ossigenato ed etere (quest'ultimo, in soggetti atletici e in alcoolisti vigorosi sufficiente a piccole dosi 15-30 grammi).

Dai 30 ai 60 anni: 80 % di casi favorevoli; durata massima 25'.

Al disopra dei 60 anni: quasi tutti casi favorevoli; durata massima 45'. Si è visto che nei vecchi l'iniezione deve essere eseguita lentamente. Come complemento e prolungamento anche qui si è ricorso con molto vantaggio agli altri anestetici citati.

2) *Stato di debolezza fisica.* — Più recettivi alla narcosi appaiono i soggetti sedentari, i dimagriti, i febbricitanti, gli anemizzati e indubbiamente per essi è di grande vantaggio questa narcosi poco tossica e di breve durata.

3) *Sede del campo operatorio.* — La sensibilità cutanea, la mucosa e la peritoneale (Douglas particolarmente) sono le ultime a scomparire e le prime a riapparire. La stessa sensibilità cutanea è più viva al perineo, meno agli arti inferiori quindi al tronco, al collo ecc. Col ritorno della sensibilità si nota pure la comparsa di una sindrome di eccitazione piramidale pura, che generalmente progredisce dal basso all'alto. Potendo la sensibilità cutanea disturbare i tempi di apertura e di chiusura, Ernst preconizza l'anestesia locale per infiltrazione della parete, tecnica che l'A. ha diverse volte applicato insieme a M. Honniot, aggiungendovi la posa preventiva dei fili di sutura.

Le conclusioni pratiche sono le seguenti:

1) Soggetto giovane e muscoloso: si possono ottenere 10' di anestesia, con maggiore o minore stato di agitazione se non si fa uso della locale.

2) Soggetto giovane ma minorato nelle sue forze dala malattia: completando con protossido d'azoto ossigenato si può contare su 30'-35' di buona narcosi.

3) Soggetto vecchio: completando con la locale o con protossido d'azoto o anche con le due successivamente, ogni durata può essere raggiunta senza pericolo.

Cosa fondamentale nell'impiego dell'Evipan, solo o associato, è che la diagnosi sia più che possibile precisa e quindi la durata dell'intervento prestabilita, non potendosi a volontà prolungare il tempo della narcosi.

M. RASTELLI.

L'anestesia regionale degli arti per via arteriosa.

(GOINARD. *Bull. mém. Soc. nat. Chir.*, 60-1362, 1934).

L'A. riporta 8 casi di anestesia regionale degli arti con iniezione endoarteriosa di anestetico. Con tale tecnica si possono compiere le operazioni più svariate fino alle amputazioni, senza avere inconvenienti di sorta e ottenendo una anestesia migliore di quella tronculare.

La tecnica di questa anestesia, che costituisce nell'intenzione dell'A. un miglioramento della anestesia regionale endovenosa retrograda introdotta da Bier nel 1909 ed eseguita su larga scala da Cahen.

La tecnica è la seguente: soluzione al 5 % di scurocaina — 40 centigrammi per l'arto superiore, 25 per l'avambraccio e la mano. — Adoperando una soluzione al 10 % si può praticare l'anestesia con un volume ancora minore di anestetico.

Le modalità di iniezione sono due: la prima in arto ischiemizzato con la fascia di Esmarch, la seconda in arto non ischiemizzato.

La seconda tecnica è da preferire perchè permette l'iniezione nella arteria traverso la cute, mentre ad arto ischiemizzato occorre la preparazione dell'arteria.

L'iniezione ad arto non ischiemizzato si pratica nel modo seguente: identificazione dell'arteria con due dita della mano sinistra. Iniezione nell'arteria della soluzione anestesizzante. Applicazione immediata di stasi mediante un bracciale da stasi precedentemente applicato nel limite prossimale della zona da anastetizzare.

L'iniezione ad arto ischiemizzato si compie invece così: applicazione della fascia di Esmarch: preparazione dell'arteria e iniezione endoarteriosa di soluzione anestesica molto più diluita che nell'in. ad arto ischiemizzato.

[Goyanes aveva già praticato questa anestesia con soluzione all'1 ‰ di novocaina ma solo in arto non ischiemizzato]. A. CALÒ.

L'evipan in anestesia dentaria.

(R. R. MACINTOSH. *Proc. of the Roy. Soc. of Med.*, genn. 1935).

L'A. trova molto vantaggioso l'uso dell'evipan ma pensa che questo debba essere fatto solo da chi ha profonda pratica di somministrazione di anestetici e possibilità di osservarne gli effetti nei diversi tipi di pazienti.

L'asserzione che l'evipan non debba mai essere introdotto a paziente seduto per timore della caduta della pressione è eccessiva. Quello che veramente ha grande importanza è mantenere una buona respirazione durante l'anestesia. Nella gran maggioranza dei casi in cui vi era indicazione all'evipan, l'A. ha usato questo come preanestetico, somministrandolo in quantità sufficiente a produrre l'incoscienza e facendolo quindi seguire da inalazione di protossido d'azoto ossigenato fino al termine dell'operazione.

Per il lavoro dentario, è necessario aprire la bocca del paziente prima dell'iniezione se non si vuole perdere un tempo prezioso all'inizio di operazioni di breve durata, poichè il massetere, con piccole dosi di evipan non si rilascia.

L'uso dell'evipan come unico anestetico è stato, nella pratica dell'A., limitato al 10 %

dei casi, vale a dire a quegli interventi che potevano prevedersi di breve durata.

In confronto a quanto succede per il protossido d'azoto e l'etere, l'anestesia da evipan è massima immediatamente dopo l'iniezione, per divenire progressivamente minore, data la rapida eliminazione del prodotto. Perciò, quando si vogliano in una sola seduta seguire diversi interventi, è consigliabile eseguire prima le estrazioni, che sono più dolorose, quindi il lavoro conservativo.

L'A. non ha mai notato effetti spiacevoli. Su circa 1000 casi, due sole volte ha notato, col ritorno della coscienza, uno stato d'agitazione durato poi qualche minuto ed una volta un modico grado di isteria in una donna; quest'ultima eventualità, sebbene rara, è forse più frequente con l'evipan che col protossido d'azoto.

Del resto, il paziente non prova nessuna spiacevole sensazione, spesso nel destarsi crede che la narcosi debba ancora essere eseguita, molti sono quelli che, una volta provata l'anestesia evipanica, di fronte alla necessità di un altro intervento la richiedono spontaneamente.

Un fatto, non ancora messo in rilievo da altri, è che dopo l'anestesia con evipan la capacità di dormire resta molto diminuita per diverse ore così che, quando l'iniezione sia fatta la sera, può seguirne una notte insonne se non si somministrano sedativi.

M. RASTELLI.

DIVAGAZIONI

Gli effetti nocivi delle irradiazioni solari.

L'elioterapia ha preso in questi ultimi anni un enorme sviluppo. L'abitudine di esporre la maggior parte possibile di superficie del corpo ai raggi del sole si è diffusa in tutti gli strati sociali, ed è stata incoraggiata da tutti i governi civili. E certo se ne sono ottenuti tangibili vantaggi.

Sono a tutti noti i benefici della cura solare. I raggi luminosi e le radiazioni invisibili, ultraviolette ed infrarosse, sono indispensabili alla crescenza ed allo sviluppo armonico dei ragazzi; hanno generalmente un'azione eutropica, tonica ed eccitante; e per molti stati patologici la loro azione curativa e profilattica è notevole, talvolta meravigliosa.

Tuttavia la larga applicazione della cura solare ha dimostrato che in determinate condizioni, e sopra tutto quando si ecceda, lungi dall'avere effetti favorevoli, si possono avere conseguenze dannose.

R. Clément (*Presse Médicale*, 16 marzo 1935) osserva che, come ogni medicamento attivo, i bagni di sole non dovrebbero essere mai fatti arbitrariamente, sopra tutto ad una certa età, e dovrebbero essere sempre praticati con determinate regole di durata e di tecnica in rapporto alla sensibilità del soggetto, al suo stato patologico anteriore, nonchè alle condizioni nelle quali la esposizione è fatta.

La sensibilità ai raggi luminosi, visibili ed invisibili, varia con gli individui sia per condizioni organiche intrinseche, sia per influenze esogene.

A riguardo di queste ultime va ricordato che vi sono sostanze chimiche che introdotte nell'organismo lo sensibilizzano ai raggi ultravioletti. Tale è il caso dell'acridina iniettata per via endovenosa, dell'eosina adoperata come componente di cosmetici, di alcuni ipnotici, come il sulfonal ed il trional, i quali pure non essendo fotosensibilizzatori diretti provocano nell'organismo la formazione di ematoporfirina che ha detta proprietà.

L'essenza di bergamotto, contenuta in molte acque di Colonia, esalta l'affinità pigmentaria della pelle sotto l'azione dei raggi solari. Nelle parti dove essa viene applicata le irradiazioni solari provocano intense pigmentazioni, del resto transitorie e senza gravità.

Negli individui che dopo un bagno si distendono sull'erba per asciugarsi si sviluppano eritemi vescicolo-bollosi, molto pruriginosi, di forme bizzarre riproducenti il calco delle piante pigiate dal corpo. È stato dimostrato che queste dermiti sono provocate dall'azione combinata della clorofilla e dei raggi rossi ed infrarossi dello spettro.

L'ingestione di alcuni vegetali sembra esporre ad accidenti fotodinamici. Il consumo di

frumento nero può provocare prurito, eritemi, edemi, bolle.

Alle fotosensibilizzazioni endogene appartiene forse quella della pellagra. Le alterazioni cutanee delle parti scoperte (eritemi, flittene, melanodermie e cicatrici) riproducono esattamente quelle dell'actinite e si sviluppano solo in primavera ed in estate. Forse un certo numero di sensibilità alla luce, considerate come idiopatiche, dipendono da una carenza alimentare frusta.

Vi sono forme di sensibilità della pelle alla luce che può considerarsi anafilattica. In alcuni individui l'esposizione al sole anche breve provoca un'intensa orticaria, il prurigo ed anche l'eczema. Mediante lo stesso meccanismo, o per fotobiotropismo, l'esposizione al sole determina una diminuzione della resistenza della pelle che permette lo sviluppo di molte infezioni infettive: l'ydroa vacciniforme, acni, erpeti, impetigo, ecc.

***

Il sole agisce sull'organismo umano a mezzo dei suoi raggi luminosi e dei suoi raggi invisibili di lunghezza superiore o inferiore che prolungano il suo spettro.

Ciascuno di questi gruppi di raggi ha un'azione speciale che varia secondo le stagioni, la zona terrestre, l'altitudine, il modo d'esposizione prolungato o intermittente.

In montagna, sulla neve ed in riva al mare l'esposizione al sole è più pericolosa perchè agli effetti dell'irradiazione diretta si aggiungono quelli della riflessa, e perchè l'atmosfera pura non agisce più come scherno.

Gli effetti locali si verificano sopra tutto sulle parti esposte della pelle. Dopo un'esposizione di circa venti minuti si hanno fenomeni simili a quelli delle scottature: eritema, senso di calore e di bruciore, flitteni e talvolta anche edemi e sensazione dei tessuti sottocutanei specie alle labbra, alle palpebre, alle orecchie. Talvolta si possono avere anche ulcerazioni cui seguono cicatrici deturpanti, ma il più delle volte si ha solo desquamazione, forforazione, con prurito molesto.

Eccezionalmente si può avere congiuntivite con fotofobia ed edema palpebrale, che può scomparire in qualche ora, ma può anche infettarsi provocando lesioni gravi.

In altre circostanze o in relazione ad una sensibilità cutanea differente, i predetti fenomeni possono mancare ed aversi solo una pigmentazione. Si possono avere anche, specie nelle bionde efelidi, pigmentazioni reticolate, vitiligo, stati pellagroidi, melanopatie, pilosità specie alle braccia, alle gambe, alla glabella, alle tempie.

Inoltre l'esposizione al sole può determinare vere e proprie malattie cutanee: orticaria, prurigo, eczema, erpete, acne, foruncoli, impetigo, hydroa vacciniforme e vescicolosa.

Talvolta si hanno alterazioni cutanee analoghe alle radiodermiti, che possono trasformarsi in cancri. A questo gruppo appartengono lo xeroderma pigmentosum di Kaposi, l'epiteliomatosi di Besiner, il cancro dei marinai di Unna, l'epiteliomatosi pigmentaria dei contadini, la keratosi senile precancerosa. Queste diverse dermatosi cancerigne che Gougerot ha chiamato radioluciti sono molto rare e sono dovute ai raggi solari a onde corte in individui predisposti.

***

Gli accidenti generali che possono aversi a seguito di un bagno di sole vanno dal semplice malessere alla morte improvvisa.

Gli accidenti gravi sono stati descritti sotto varî nomi: insolazione, colpo di sole, colpo di calore, colpo di luce, actinite acuta o subacuta, apoplessia luminosa.

Si è attribuita la causa di questi accidenti ai raggi calorifici o alle irradiazioni fredde, violette e ultraviolette. In realtà si tratta di fenomeni complessi, nei quali intervengono da una parte l'esposizione prolungata ai raggi solari, e dall'altra circostanze favorenti o aggravanti. Queste possono riguardare l'individuo (la stanchezza, l'ingestione di bevande alcooliche, un pasto abbondante, gli abiti troppo stretti, la mancanza di protezione della testa) o le condizioni esterne (l'eccessiva umidità dell'aria, la pressione atmosferica bassa, la riverberazione intensa, la secchezza e l'aridità del suolo).

Sotto l'azione del colpo di calore l'individuo cade al suolo privo di sensi, agitato, o anche in preda a scosse convulsive o tetaniformi. A questo stato può seguire il coma e la morte, la quale si ha sempre quando la temperatura del corpo raggiunge i 42° o più.

I sintomi premunitori che devono far temere lo sviluppo del colpo di calore sono la secchezza ed il calore scottante della pelle, la frequenza delle minzioni, la sete ardente, il senso di stanchezza e di astenia, la congestione della faccia, la turgescenza dei vasi del collo, la cianosi e la dispnea.

I fatti sperimentali e clinici concordano nel dimostrare l'azione nociva del calore troppo elevato o prolungato sull'organismo, quando la sudorazione o la ventilazione non si oppone all'elevazione della temperatura del corpo. La distinzione quindi tra colpo di calore e colpo di sole non sembra giustificata.

***

Oltre alle lesioni cutanee e agli accidenti generali le irradiazioni solari possono provocare disturbi focali ossia a carico di singoli organi.

È stato constatato che a seguito dell'esposizione al sole prolungata gli epatici possono avere itteri, tiflo-colecistiti, orticaria con edema di Quincke, fenomeni colitici.

Sono stati registrati inoltre fenomeni congestivi bronchiali o pulmonari più o meno intensi, crisi di emicrania e d'asma.

I fatti più gravi sono stati constatati nei tubercolotici. Numerosi sono i casi d'individui che a seguito di un bagno di sole intempestivo e esagerato, specie in riva al mare, presentano segni di una tubercolosi ganglio-polmonare fino allora ignorata o considerata come benigna. Nei tubercolotici avanzati si possono avere emottisi gravi, crisi evolutive conducenti alla morte e granulie provocate dalla elioterapia o dall'actinoterapia artificiale.

I bagni di sole devono essere inibiti in tutte le forme di tubercolosi attiva, specie nelle forme essudative iniziali. nelle forme congestizie e negli ipertesi. Dà invece notevole vantaggi nella tubercolosi pulmonare torpida, ed in quella glandulare.

Nella maggioranza dei casi l'elioterapia migliora lo stato generale e morale, favorisce la calcificazione delle lesioni, a condizione che essa sia praticata all'infuori delle fasi di riacutizzazione e con precauzione.

L'elioterapia deve essere più una cura di aria e di luce che di sole; non deve essere praticata nelle ore calde; deve essere progressiva, dosata e seguita dopo ogni seduta dall'esame della temperatura, del polso e della respirazione. *argo.*

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

ATENEO DE CIENCIAS MEDICAS DE MALAGA. — *Cursillo sobre Sifilis 1933-34. Quince lecciones sobre sifilis.* — Malaga, Imprenta « Sur », 1935, pp. 286.

Per iniziativa del presidente dell'Ateneo medico di Malaga, dottor Ortiz Ramos, ebbe ivi luogo nel 1934 un corso di conferenze sul quadro clinico della sifilide secondo gli studî più recenti.

Queste conferenze, tenute da quindici giovani medici, vengono ora édite in un volume, a cui l'ordine e la disposizione dei varii argomenti conferisce una certa unità organica non quale però sarebbe lecito di aspettarsi da una pubblicazione come questa, di cui sono chiari gli scopi essenzialmente divulgativi.

Nel primo capitolo, dedicato alla *storia della sifilide* sino alla scoperta del treponema pallido, sono messe in evidenza le ragioni desunte anche da fonti letterarie ed archeologiche (1) e secondo me assai fondate, per cui questa malattia si dovrebbe ritenere esistesse nell'antico continente anche prima della scoperta delle Americhe.

(1) Recentemente si è sostenuto da un valente archeologo (Magaldi) che i miti sofoclei del male di Filottete e della camicia di Nesso si debbano riferire alla sifilide e vi ha persino chi ritiene che il famoso *morbo campano* di Orazio (Satire, 1° - 5) sia da identificarsi con questa infezione. Lo stesso si è detto della *mentagra* di Plinio, ma questa tesi è stata esaurientemente confutata da P. A. Meineri. *N. del R.*

Seguono immediatamente i capitoli sull'*anatomia patologica delle lesioni sifilitiche;* sulla *sierologia della sifilide*, e sull'importanza, per la ulteriore evoluzione della malattia, di una *diagnosi precoce delle forme primarie e della loro cura.*

A questo primo gruppo di lezioni tengono dietro quelle in cui è descritta la sifilide di varii sistemi ed apparati (*osteo-articolare, bocca e vie digerenti, polmonare, cardio-vascolare, articolare, auricolare, oculare, neuro-sifilide*).

Ad un terzo gruppo infine si possono ascrivere i capitoli sulla *sifilide congenita*, o *ingenita* o *innata* o *sifilide acquisita nella vita intrauterina* (dovendosi per l'A., come del resto per la grande maggioranza dei sifilografi e pediatri, ritenere del tutto eccezionale la trasmissione per la via germinativa e quindi ereditaria, il chè peraltro è forse un po' esagerato), sulla *sifilide* e *gravidanza* (aborti, parti immaturi e prematuri, nati a termine morti e macerati, con accenno alla legge del Profeta ed a quella di Colles-Beaumé) e sulla *profilassi sociale della sifilide*, capitolo questo che, proprio per i fini pratici e di divulgazione della intera opera, avrebbe meritato un più ampio svolgimento ed un più profondo esame dei numerosi problemi connessi ad un argomento di sì grave interesse igienico e sociale.

Per gli stessi motivi non si può a meno di rilevare la mancanza di uno speciale capitolo sulle manifestazioni cutanee della sifilide che pure hanno tanta importanza per la conoscenza di questo processo morboso ritenuto fino a pochi decenni fa quasi esclusivamente dermotropo.

Con tutto ciò la pubblicazione di queste conferenze, edita in buona veste tipografica cui però non aggiungono pregio le poche figure in nero del testo, va lodata come utile opera di propaganda fra i medici pratici i quali non saranno mai abbastanza edotti della necessità di conoscere a fondo la sifilide con le sue infinite e multiformi manifestazioni locali e generali, il suo comportamento sierologico ed i mezzi terapeutici e profilattici più acconci per combatterla senza quartiere. V. MONTESANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI

C. LEO. *Manuale di chirurgia pratica elementare.* Tip. A. Cordani, S. A., Milano, 1935. Volume di pagg. XX-606, con 202 figure. Prezzo L. 80 (*).

Il prof. Leo ha avuto un'ottima idea, di compilare un manuale, non troppo schematico, ma neanche troppo esteso, delle nozioni basali e degli interventi più comuni d'urgenza o no, cui può essere chiamato un medico, che non abbia pratica grande di chirurgia.

(*) Il volume è disponibile anche presso la nostra Amministrazione, via Sistina 14. Roma. Esclusivamente gli abbonati al « Policlinico » potranno ottenerlo franco di porto inviandoci sole L. 72.

Operazioni ambulatorie, che si possono compiere nel gabinetto stesso del medico, o al domicilio del malato, senza inviare il malato all'ospedale, anche perchè talora ciò non è possibile in piccoli centri o non è facile.

Ma anche queste piccole operazioni talora hanno grande importanza per il decorso ulteriore, e talora anche per la vita stessa del malato. Si pensi p. es. ai primi interventi in paterecci talora anche limitati, e all'importanza del primo soccorso in casi di ferite e in genere di traumi.

L'A. in una prima parte generale ricorda le nozioni fondamentali dell'asepsi e dell'antisepsi, dell'anestesia, e della tecnica operatoria, specialmente per la dieresi, l'exeresi, la sintesi, le emorragie, le allacciature e le operazioni mutilanti.

In una seconda, speciale, parla delle lesioni traumatiche, delle infezioni locali e generali, acute e croniche, di alcune lesioni molto comuni come varici, ulcere, cangrene, ustioni, congelazioni ecc., e dei processi più comuni delle varie parti del corpo, trattandone sempre per quello che può fare il medico generico, sia per l'astensione da manovre che potrebbero essere dannose, sia per gli interventi immediati e d'urgenza, sia per il modo di comportarsi nel decorso ulteriore.

In una terza parte sono riassunti i provvedimenti che deve conoscere e usare il medico pratico in alcuni campi speciali come l'ortopedia, specie per quel che riguarda la tecnica di apparecchi gessati o amidati e le più comuni affezioni ortopediche, così nell'urologia, specialmente nei sondaggi e nelle più frequenti affezioni dell'uretra e della vescica; casi di ginecologia e di otorinolaringoiatria.

Il Manuale sarà certamente assai utile ai medici generici e pratici, e specialmente ai medici condotti, che spesso devono provvedere da soli alle più diverse lesioni, e a cui questo libro potrà servire di guida precisa evitando incertezze e azioni dannose.

Il Leo merita ampia lode per la diligenza e l'esattezza con cui ha trattato la materia complessa benchè elementare. R. Alessandri.

S. Colombino. *Terapia urologica moderna.* Vol. di pagg. IV°-217, con 57 fig. Torino, C. Accame, 1935. L. 30.

È facile prognosticare una larga diffusione alla pubblicazione del Colombino, che egli chiama troppo modestamente volumetto, perchè libri di terapia pratica sono dovunque rari. Eppure il sofferente desidera sempre, e talora disperatamente, proprio un soccorso medico o chirurgico e non già la conoscenza esatta del suo male, alla quale probabilmente non potrà mai giungere.

D'altra parte esistono situazioni gravi, benchè comuni, specie nel campo urologico, nelle quali anche il pratico — *absit iniuria verbis* — si trova imbarazzato nella scelta di una condotta adeguata ed appropriata.

Siccome il Colombino parla per esperienza propria vissuta e controllata attraverso anni di continua, amorosa, sagace assistenza, e poichè il libro è scritto in stile chiaro, suadente e preciso, noi lo consigliamo senz'altro al medico generico ed agli specialisti urologi, sicuri del consenso di coloro che lo leggeranno e lo avranno consultato caso per caso, nelle varie affezioni del sistema urinario.

Ermanno Mingazzini.

G. Fichera. *Chemioterapia del cancro.* Vol. di pagg. 213, con 20 microfotografie. Hoepli, edit., Milano, 1935. L. 25.

Un'opera come questa densa di contenuto, ed in cui l'A. ha profuso la sua alta competenza, non si lascia recensire in pochi righi. L'A. espone tutti i mezzi impiegati nella chemioterapia del cancro, apportandovi il prezioso contributo di un venticinquennio di studi e di esperienze personali.

Nella prima parte tratta dell'uso dei metalli, metalloidi, sali, coloranti ecc., agenti direttamente o indirettamente sulla cellula neoplastica. Nella seconda parte tratta di quei metodi diretti a modificare il ricambio cellulare neoplastico con le varie diete e sostanze nutritive, comprese le vitamine. Nella terza parte, premesso un parallelo fra vitamine e ormoni, tratta della terapia istogena, mediante estratti di organi antiblastici, sulla concezione patogenetica e sull'indirizzo terapeutico da Lui sostenuto da molti anni; indirizzo che oggi è largamente seguito da numerosi studiosi del cancro e di cui l'A. riferisce gli ultimi perfezionamenti tecnici e i risultati conseguiti su 286 casi curati nell'Istituto del cancro di Milano da lui diretto. Di questi casi vien data una estesa documentazione microfotografica, con figure nitide e dimostrative.

Rassegna bibliografica estesissima. Veste tipografica ben curata. G. Pacetto.

Società Italiana di Beneficenza in Buenos Aires. *Esercizio 1933-34. Rediconto amministrativo.* Un vol. in-8° gr., di pp. 102, con 1 tav. Buenos Aires, Talleres Gráfico de la Compañia General Fabril Financiere, 1934.

La « Società Italiana di Beneficenza » di Buenos Aires gestisce l'Ospedale Italiano, l'Asilo per cronici e per convalescenti e le pensioni di guerra.

L'Ospedale comprende ben 12 Sezioni, 4 ambulatori e il Laboratorio; durante l'esercizio ora in esame vi furono ammessi 5091 infermi (dei quali 2951 italiani, 1785 argentini e 355 di altre nazionalità): è quanto basta per dare la nozione dell'importanza dell'ospedale, che vanta un corpo sanitario scelto, il quale si afferma decisamente nell'agone scientifico:

lo attestano 36 pubblicazioni eseguite nel corso dell'esercizio. (Esso deve lamentare la recente perdita del valoroso capo dell'Istituto di Clinica Medica, dott. Francesco L. Graziolo).

L'Asilo, alla chiusura dell'esercizio, cioè il 31 marzo 1934, ricoverava 155 persone (133 uomini e 32 donne).

Il bilancio complessivo è asceso a circa 550.000 pesos, con una contrazione di circa 50.000 rispetto all'esercizio precedente (in rapporto con la crisi economica).

Nell'insieme, questa intensa attività onora la nostra stirpe in Argentina. A. P.

CONFERENZE

L'organizzazione del servizio sanitario nella guerra futura.

Nell'Aula Magna del Collegio Militare di Roma il generale medico prof. Filippo Caccia ha tenuto una dotta ed agile conferenza su questo tema. L'interessante argomento, esaurientemente trattato, ha attirato l'attenzione di tutte le forze mediche romane, che erano brillantemente rappresentate da tutta la Facoltà di medicina dell'Urbe, dal Corpo Sanitario Militare, da giovani ed anziani professionisti; l'aula era gremita da uno stuolo di ufficiali superiori e subalterni di tutte le armi e di tutti i servizi dell'Esercito, della Marina, dell'Aeronautica, della M. V. S. N.

L'O. ha esordito, prospettando l'opera valevole e grande del sanitario militare, sia per quanto concerne il tener desto lo spirito entusiastico della truppa belligerante, con i suoi doverosi rapporti morali, quando v'è una adeguata e sicura organizzazione di assistenza medica; sia per quanto è afferente al sentimento della massima pietà verso la vita umana che si sacrifica e al risparmio maggiore di uomini e di mezzi, ai fini delle stesse azioni e posizioni di guerra.

L'organizzazione sanitaria, di fronte alle attendibili novità dell'avvenire, deve essere piena, efficiente, effettuata con larghezza di vedute, in modo da poter essere convenientemente preparata a qualunque eventualità, che porti delle innovazioni alle molteplici aggressioni possibili all'organismo del soldato.

Ponendo i tre caposaldi della finalità del medico militare, cioè la prima selezione dell'organismo adatto alle fatiche di guerra, la profilassi e il riparo della vita del combattente con tutti i mezzi a disposizione delle odierne conquiste della scienza serologica ed immunitaria, e l'aiuto terapeutico al caduto, ogni punto è stato intimamente sviluppato, fino a dare con perfetta chiarezza la giusta valorizzazione ai termini dell'opera sanitaria, che deve seguire continuamente e contemporaneamente ogni fase della guerra del domani. Sotto l'angolo visuale prettamente medico, una rapida visione alla percentuale statistica dei decessi per ferite e per malattia, nelle guerre del secolo passato e nella campagna di Crimea, nella guerra Russo-Giapponese e nell'ultima guerra Europea, ha portato ad un interessante ed emergente raffronto, per cui il rapporto di mortalità per malattia appare nettamente sproporzionato, man mano che la siero-profilassi contro i morbi infettivi entrava nell'uso comune delle Armate.

Ma è sul campo di operazione, che l'attrezzatura del servizio assistenziale deve rivelarsi in ogni sua attività, di valida adeguatezza di preparazione, contro tutti gli agenti usati per nuocere alla vita e alla resistenza della truppa. Occorre qui creare un equilibrio di provvisorietà, che non esiti nell'incertezza di contrasto tra le molte azioni svolte o che si svolgeranno per il combattimento e il provvido, necessario, urgente soccorso agli organismi caduti o comunque inficiati. Sono enumerati, ad un vaglio di una saggia critica esperiente, i servizi sussidiari dello sgombro del terreno, di rimozione del ferito, dello smistamento a seconda della urgenza dei casi, della cura pronta e valevole, dell'inoltro dei malati in zone protette e più o meno distanti dalla fronte. Di qui lo spunto per tutte le augurate preparazioni d'impianto dei servizi sanitari, per i loro ripari, per l'avvedutezza energica e sveltita, rispondente perfettamente alle nuove concezioni, condizioni, previsioni ed esigenze della futura guerra di massimo movimento; comprendendo specialmente i mezzi di trasporto sanitario, quali unità motorizzate, terrestri ed aeree, i treni e le navi ospedale.

E poichè ad un esame obbiettivo di quanto potrebbe prepararci l'avvenire bellico, con tutti i suoi multiformi strumenti di offesa e difesa, non può venire escluso l'impiego di mezzi violenti ed insidiosi, che, se pur scongiurati come inumani ed antisociali dalle convenzioni internazionali, si son dimostrati e potrebbero risultare ancora di gravissima invadenza, emerge la necessità della difesa sanitaria contro ogni possibilità, di fronte a cui sarebbe grave errore essere colti alla sprovvista. Le armi chimiche e tossico-batteriche potrebbero essere domani le più usate, con danni irreparabili e paurosamente disastrosi, non solo in seno alle armate, ma persino nel retrofronte, per la popolazione civile, che assiste ed aiuta la patria nel momento del pericolo, con il lavoro dell'agricoltura, dell'officina e dello studio scientifico. La difesa contro i gas tossici e gli agenti microbici infettivi con le loro tossine viene svolta con grande ampiezza di orizzonti, dando una visione tragicamente sufficiente a far comprendere l'enorme entità del pericolo minacciante, non solo per gli uomini, ma per gli animali e le piante, come mezzi di sussistenza e di vita. L'O. si diffonde in modo particolare sull'arma chimica, pericolo già provato, ma che si presume possa essere sempre più energicamente adoperato; e prevede l'imprescindibile urgenza di preparare, sia per la fronte che per l'interno, delle speciali squadre di soccorso per i colpiti dai gas tossici, e getta uno schema di organizzazione sanitaria per la difesa antigas, ricordando l'istituzione del Centro Chimico Militare e il lavoro che da molti anni vi viene svolto con fede e competenza.

Per tutte queste inderogabili esigenze di assistenza medica, occorrerà con certezza un grandissimo numero di sanitari, che abbiano conoscenza di questi problemi attuali e che possano in ogni contingenza adattarsi valevolmente all'opera loro richiesta, anche per i servizi civili. L'O. si duole che le nuove generazioni sanitarie italiane non siano per ora che in minima parte addestrate a questi scopi militari, mentre le Università di altre Nazioni, hanno da tempo istituito delle Cattedre

di frequenza obbligatoria, per la preparazione dei giovani medici al servizio sanitario militare, con tutte le sue svariate e preoccupanti modalità. E se è vero che alla Scuola Sanitaria Militare di Firenze, nel corso vengono ad essere impartite lezioni a questo scopo, risulta dolorosamente che su di una media annuale di circa 2000 laureati in medicina non più di 500 frequentano il corso, per compiere gli obblighi di leva.

Il prof. Filippo Caccia formula l'augurio migliore perchè i Ministeri della Guerra e dell'Educazione Nazionale prendano in serio esame la sua proposta, interessandosi affinchè vengano in tutte le Università del Regno istituiti degli insegnamenti obbligatori per il V e VI anno, per i corsi di medicina sulla preparazione sanitaria in tempo di guerra: facendo giustamente osservare che anche i medici Italiani devono essere inquadrati nella grande organizzazione di preparazione premilitare e postmilitare della Nazione voluta dal Regime.

L'applaudita conferenza del generale medico Caccia, che ha avuto dei magnifici squarci lirici e classici sulla missione del medico di guerra, chiusa dalle vibranti parole del poeta soldato, ha toccato così i più vitali argomenti dei bisogni dei presidî medici, che saranno in seguito adottati, ottenendo le ovazioni e le approvazioni entusiastiche dell'imponente uditorio.

Malattie infettive e sistema reticolo-endoteliale.

Conferenza del prof. G. Pittaluga a Genova.

Invitato dalla Reale Accademia Medica di Genova, lo scienziato italiano, insegnante di Parassitologia nella Università di Madrid e direttore dell'Istituto Nazionale di Sanità in Spagna, ha tenuto in quell'anfiteatro della Clinica Medica una conferenza sul tema: « Malattie infettive e sistema reticolo-endoteliale ».

L'aula era gremita come nelle grandi occasioni. Erano presenti il presidente della Società Italiana di Medicina Interna sen. prof. Edoardo Maragliano; il preside della Facoltà Medica prof. Tusini; il presidente degli Ospedali Civili gr. uff. Mosso; il Console di Spagna sig. Munos Vargas; i professori della Facoltà Medica: Cerletti, Pacchioni, Perrando, Maggiore, Ganfini, Marogna, Maragliano Dario; il direttore dell'Ospedale Militare col. Criscione; i direttori degli Ospedali di S. Martino proff. Badano e Pulcher; gli ufficiali medici col. Bacchialoni, magg. Scillieri, cap. Castellaneta; il prof. De Martini in rappresentanza del Sindacato Medico Fascista; i proff. Ambrogio, Balduzzi, Capocaccia, Del Vivo, Dogliotti, Figari, Gelera, Gismondi, Guassardo, Luzzatto, Martini, Musante, Palmieri, Polleri, Ramoino, Rolla, Sanna, Sivori, Trevisanello; aiuti ed assistenti delle Cliniche e degli Ospedali, e numerosi medici della città.

Apre la seduta il sen. prof. Pende presentando il conferenziere come una illustrazione del buon nome d'Italia nella sorella latina la Spagna, dove egli da molti anni ha raggiunto le più alte vette della carriera accademica e donde egli viene coll'intento di stringere vieppiù i vincoli che costituiranno in un giorno prossimo l'unità spirituale della razza latina.

Il prof. Pittaluga con una facondia ammirabile svolge il suo tema. Dimostra quanta importanza abbia per tutti i processi di difesa dell'organismo il grande sistema reticolo-endoteliale, il più universale ed il più nascosto di tutti i sistemi, le cui principali stazioni sono il derma, il fegato, la milza, le ghiandole linfatiche, il midollo osseo. Dimostra con belle proiezioni come si compie nelle grandi cellule fisse di questo sistema la funzione di afferrare tutti i granuli estranei circolanti nel sangue ed i parassiti e batteri, e la reazione ipertrofica ed iperplastica delle cellule del sistema sotto lo stimolo infettivo. Ricorda che le infezioni si dividono in due gruppi: quelle che direttamente si localizzano nel sistema reticolo-endoteliale, come fanno le infezioni da protozoi, il virus dell'endocardite lenta, la tubercolosi, e quelli che offendono indirettamente tale sistema. Dimostra quali sono i segni che in clinica indicano la sofferenza e la reazione del tessuto reticolo-endoteliale e cioè la monocitosi del sangue e la comparsa nel circolo di istiociti ed istioblasti, di paramieloblasti, di endoteli. Dà importanza semeiotica sopratutto alle reazioni della pelle ed alla constatazione colla biopsia cutanea delle iperplasie monocitiche ed istiocitiche cutanee, dichiarando che d'ora innanzi la cute dovrà essere considerata maggiormente come uno specchio della attività del sistema reticolo-endoteliale. Richiama l'attenzione sulla affinità elettiva di certi medicamenti e di certe sostanze chimiche, come l'arsenico, il piombo, l'oro, il salvarsan, il chinino sui vari distretti del sistema reticolo-endoteliale, e mette in rapporto — ed in ciò è il punto più interessante della conferenza del Pittaluga — l'azione di certi medicamenti eroici come il chinino nella malaria, l'arsenobenzolo e il mercurio nella sifilide, l'antimonio nella leishmaniosi, con il fatto che questi medicamenti non agiscono direttamente sui parassiti, ma si localizzano in certi territori del reticolo-endotelio elettivamente attaccati dai parassiti anzidetti, ed è il reticolo stimolato attivamente dal medicamento che poi uccide i parassiti.

Conclude invitando gli studiosi delle Scuole genovesi ad occuparsi, sotto la guida dei loro Maestri, di questo nuovo campo, così praticamente fecondo, della patologia e della terapia.

La conferenza dell'illustre accademico Spagnolo, nostro connazionale, ha suscitato una approvazione entusiastica.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 21 febbraio 1935.

Presidente: Prof. F. A. Foderà.

Direttive moderne nella cura della malaria.

Prof. G. Di Guglielmo. — L'O. riferisce, in una breve relazione, sui risultati di recenti ricerche riguardanti alcuni nuovi farmaci sintetici antimalarici, dei quali illustra l'influenza che esercitano sulle singole fasi evolutive dei diversi parassiti malarici e l'azione terapeutica che svolgono nelle differenti forme di malaria.

In seguito espone le direttive moderne della terapia antimalarica, trattando separatamente l'attacco acuto primario, le ricadute e le recidive, le forme croniche, le forme anomale e miste, la febbre emoglobinurica e i casi di idiosincrasia al chinino.

Anemia ipocromica achilica in amebiasi intestinale cronica.

Proff. E. GREPPI e S. DELEONARDI. — Gli OO. discutono la loro osservazione, riguardante un uomo adulto, sotto l'aspetto ematologico e nosologico. Rilevano l'esistenza di una *microcitosi vera* con predominio dei globuli massimo-resistenti e scarsa emolisi. che per molti riguardi sembra essere la caratteristica propria delle cloroanemie achiliche in netta opposizione ematologica alla macrocitosi emolitica dell'anemia perniciosa. Clinicamente giudicano la gastrite achilica come secondaria nel quadro dell'amebiasi intestinale cronica, e l'anemia episodicamente sviluppatasi sul fondo achilico secondo la patogenesi carenziale che domina tutto l'insieme delle sindromi gastro-anemiche di tipo ipocromico o « clorotico ».

L'efficacia netta della cura di ferro, cui si deve non solo l'aumento dell'emoglobina e dei globuli ma anche il riequilibrio dei rapporti normali tra forma, volume e resistenza osmotica delle cellule stesse, conferma la specificità dell'anemia quanto a patogenesi. Tuttivia alla sindrome gastro-anemica, nel caso loro, gli OO. attribuiscono significato di complesso satellite, inserito in altra malattia a proprie definizioni, piuttosto di processo essenziale: unità ematologica, patogenetica, terapeutica non autonomia nosologica, nè più nè meno che per l'anemia perniciosa nei suoi rapporti con varie malattie e varie disfunzioni dell'apparecchio digerente.

Sulla tubercolosi della vagina e della vulva.

Dott. G. DE GAETANI. — L'O. descrive due casi di tubercolosi ulcerosa produttiva della vagina. Il primo in una donna di 24 anni con localizzazione della stessa malattia ai polmoni; il secondo in una donna di 74 anni con infezione primitiva.

Riporta e discute i casi descritti di tubercolosi vulvo-vaginali esistenti nella letteratura.

Reumatismo articolare acuto in corso di mielosi leucemica cronica.

Dott. BASERGA ANGELO. — Considerazioni sopra un caso di mielosi leucemica cronica in cui un episodio reumatico acuto intercorrente fece discendere il numero dei globuli bianchi fino a 4200 per mmc., senza però migliorare il fatale decorso del processo leucemico. Osservazioni sul diverso significato dei vari tipi di cellule istioidi che possono comparire nel sangue circolante.

Il Segretario: Prof. G. DI MACCO.

Accademia Scienze Mediche Naturali e Matematiche di Ferrara.

Seduta ordinaria del 19 dicembre 1934.

Presidente: prof. MERLETTI.

Considerazioni sopra un caso di cancro dell'esofago.

MELLONI. — Trattasi di soggetto giovane T. G. di anni trenta che venne a morire nel nostro Ospedale dopo avere peregrinato nella città ed a Bologna dove nel periodo avanzato del suo male fu sottoposto a cure inutili dopo diagnosi errata.

L'anamnesi famigliare ci dice che nella famiglia del paziente vi sono stati due casi di neoplasma, nella nonna materna un tumore di stomaco, ed in una zia, morta di recente qui a Ferrara, reduce dall'America dove fu operata di ano artificiale per tumore addominale.

Il padre soffre di eczema squamoso psoriasiforme, la madre morta di paralisi demenziale, un fratello vivente sano, due figli, il maggiore malato di Pott, il minore di linfatismo.

L'inizio della malattia fu subdolo. Il malato cominciò ad avvertire lungo l'esofago, difficoltà di proseguimento dei cibi specie solidi.

La radiografia rilevò delle ombre presso il cardias e la radioscopia faceva notare movimenti alterni ascesa e discesa dei cibi solidi e liquidi prima di attraversare il cardias.

Fu ventilata la diagnosi radiologica di spasmo dell'esofago ed intrapresa una cura di antispastici: Bellafolina, Spasmalgina, Octin, ecc., con effetti contrari perchè peggioravano sempre più la deglutizione degli alimenti.

Di qui mi nacque il sospetto che si potesse trattare di *Neo* che l'età del soggetto, d'altra parte, faceva allontanare.

Fu sottoposto a tutte le ricerche, esame del sangue, del liquor, tutti negativi, pur tuttavia, fu sottoposto a frizioni mercuriali (Mercurealina) senza risultato.

Dopo avere consultato i nostri clinici ed avere sempre con energia rifiutato il sondaggio dell'esofago, fu accompagnato a Bologna per una nuova visita, previo nuovo esame radiografico che, a parecchi mesi di distanza dal primo, rilevò ombre attorno al cardias, molto sospette.

Ritornato a casa, dopo qualche tempo, fu introdotto in una Clinica privata (di Bologna). Colà fu escluso assolutamente il Neo per le ragioni seguenti:

1) età del paziente;
2) mancanza della sintomatologia classica in questi malati (ematemesi, melena, dolori, ecc.);
3) non odore caratteristico dell'alito.

Nell'ultimissimo periodo della malattia, cioè dopo quattordici mesi, si manifestò il quadro classico, dolori dorsali, ematemesi, melena, febbre, marasma, per cui, ricoverato nel nostro Arcispedale, venne a morte poco dopo.

Il caso a mio parare interessa per due ragioni:

1) età del paziente, anni trenta;
2) silenzio assoluto della sintomatologia per circa quindici mesi.

Le considerazioni da dedursi sono le seguenti: che in mancanza dei sintomi caratteristici l'anamnesi famigliare fece ventilare il sospetto che si trattasse di un tumore maligno, diagnosi che venne fortemente accreditata dopo l'inefficacia degli antispastici, i quali, durante la loro somministrazione, ostacolando maggiormente la deglutizione persino dei liquidi, allontanarono subito dalla mente la primitiva diagnosi radioscopica di spasmo dell'esofago.

La casa tubercolare.

ARMANDO CIACCIA e RAOUL TESTA. — Gli OO. definiscono il concetto, per altro non nuovo, di « casa tubercolare ». Riportano un tragico esempio caduto sotto la loro osservazione di medici dispensariali mettendo in rilievo la grande utilità dell'attuale organizzazione antitubercolare anche nel campo del risanamento edilizio.

Discutono sulle modalità del contagio e sulle manifestazioni cliniche di esso, avanzando l'ipotesi che spesso il mimetismo famigliare possa essere l'espressione di una stessa modalità del contagio.

La pneumosierosa pleurica nella cura della pleurodinia.

ARMANDO CIACCIA. — L'O., dopo avere discusso le teorie sulla causa della pleurodinia ed affermato che è dovuta al *contatto* ed allo *strofinio* delle superfici infiammate, si dichiara favorevole alla cura di essa mediante l'allontanamento dei foglietti pleurici interponendo fra loro il gas (ossigeno).

Precisa il perchè detto intervento debba avere una sua nomenclatura: *pneumosierosa pleurica;* descrive poi un caso particolare dimostrativo dell'efficacia del metodo che merita di essere considerato come atto terapeutico *causale*.

L'osteogenesi imperfetta e le altre ostedistrofie psatirotiche.

Dott. M. ORTOLANI. — L'O. compie una vasta rassegna bibliografica dei casi di sindromi morbose ossee di cui il sintoma dominante e talora isolato è costituito da facile fratturabilità ossea. Dopo una minuta analisi dei fattori etiologici dimostrati o sospetti nei singoli casi, critica la denominazione più comunemente in uso (osteopsatirosi idiopatica, displasia periostale, osteogenesi imperfecta) dimostrando come le prime due non abbiano più ragione di essere conservate, mentre la terza, modificata per l'aggiunta dell'oggettivo « osteopsatirotica » potrebbe stare a significare un'entità nosografica ben definita.

L'O. ammette infatti si possa annoverare nel gruppo delle distrofie scheletriche, l'osteogenesi imperfetta osteopsatirotica accanto a quella rachitica, od osteomalacica o condrodistrofica.

Ricerche biologiche e risultati clinici sulla cura di malattie nervose e mentali mediante la piretamina del Centanni.

CAMPAILLA e TELATIN. — Gli OO. hanno studiato alcune modificazioni cliniche e chimico-cliniche provocate nell'organismo dalla Piretamina; il comportamento dei leucociti e della glicemia per tutta la durata della piretoterapia e specialmente durante l'accesso febbrile; ricavandone le relative curve leucocitarie e glicemiche.

Hanno osservato che l'iniezione di Piretamina provoca in un primo tempo una crisi emoclasica, a cui segue poi a distanza di qualche ora una leucocitosi. Crisi emoclasica e leucocitosi variano d'intensità da individuo a individuo e nello stesso individuo da iniezione a iniezione. La leucocitosi raggiunge il massimo dopo le 5-7 ore dall'iniezione e scompare entro le 24 ore, eccezionalmente entro le 48 ore.

Crisi emoclasica e leucocitosi sono fino a un certo punto indipendenti dalla febbre: non c'è nè proporzionalità nè sincronismo tra elevazione termica e intensità della leucocitosi. Gli OO. hanno osservato qualche caso con reazioni termiche discrete e scarsissima leucocitosi: ma insieme anche dei casi con reazione termica quasi assente mentre si manifesta una leucocitosi piuttosto intensa.

La glicemia ha dimostrato di reagire meno regolarmente: in generale è stato osservato in un primo tempo dopo l'iniezione un abbassamento della glicemia al quale faceva seguito un innalzamento: in generale la punta più alta del tasso glicemico si raggiungeva 24 ore dopo l'iniezione. Anche per la glicemia nessun rapporto fu rilevato nè proporzionale nè di tempo con l'elevazione termica.

Gli OO. hanno inoltre studiato in qualche caso le variazioni del Metabolismo basale prima durante e dopo la piretoterapia. Va rilevato come abbiamo visto portarsi a condizioni normali casi nei quali in partenza esisteva qualche alterazione.

Gli OO. a conclusione delle loro ricerche, affermano che la Piretamina può provocare la febbre: che la febbre può intervenire come fattore collaterale non fondamentale nè sicuramente indispensabile per l'efficacia terapeutica: più importanza danno al fattore leucocitosi, espressione dei poteri difensivi dell'organismo, fattore che può esistere e manifestarsi anche senza febbre.

I migliori risultati clinici si sono avuti nella tabe compresi i dolori folgoranti, nella paralisi progressiva, nella corea, in un caso di diabete insipido; risultati considerevoli nelle schizofrenie e nelle psicosi epilettiche.

Gli OO. iniettarono a giorni alterni 1/2 cc. di P. per via endovenosa. Nessun inconveniente ebbe a verificarsi. *Il Segretario*: A. VIGNALI.

Il II Convegno per lo studio della tubercolosi osteo-articolare.

(Cortina d'Ampezzo, 23-24 febbraio 1935).

Promosso dall'Istituto elioterapico Codivilla e sotto il patrocinio della Fed. naz. fasc. per la lotta contro la tubercolosi, il Congresso si è svolto sotto la presidenza del prof. PUTTI, che nel discorso inaugurale ha sottolineato l'importanza degli argomenti trattati, che generalmente vengono invece poco considerati. Diamo un breve resoconto delle relazioni e comunicazioni che ci sembrano più significative.

G. FRONTALI. — *Localizzazioni interne nella tubercolosi osteo-articolare nel bambino.* — Le osteoartropatie del bambino sono in prevalenza dovute al bacillo umano, che dà le prime localizzazioni nell'apparato respiratorio. Le numerose osservazioni personali lo portano a dimostrare che la diffusione del virus tubercolare si fa da focolai interni (il più spesso intratoracici), per via ematica, dando luogo a localizzazioni multiple anche a carico della pelle (tuberculidi, scrofulodermi) manifestazioni frequenti nei bambini osteo-articolari.

Contrariamente a quanto si crede, i bambini affetti da osteo-artropatie tubercolari possono spargere il contagio nelle comunità infantili, che li accolgono e ciò a causa di localizzazioni respiratorie spesso misconosciute.

L'O. si oppone recisamente al concetto di Marfan, che la tuberolosi O.-A. costituisca una ragione di maggior resistenza all'infezione polmonare, dimostrando, p. es., come la spondilite tubercolare dia luogo a condizioni meccaniche favorenti l'evoluzione delle affezioni polmonari. Insiste sull'importanza di un concetto unitario della malattia tubercolare del bambino, di cui l'affezione O.-A. non è altro che un episodio. Conclude augurando che si costruiscano sempre più numerosi luoghi di cura in località adatte, adeguatamente attrezzate per la tubercolosi O.-A. del bambino e che in tutti gli Istituti, in tutti i reparti che accolgono bambini O.-A. si stabilisca un'intima collaborazione fra pediatra e chirurgo ortopedico, per una più completa cura del piccolo organismo tubercoloso.

La frequenza delle affezioni specifiche dell'apparato respiratorio nei malati di tubercolosi O.-A. è stata rilevata anche da G. RINONAPOLI che su 2300 malati O.-A. ha trovato in 1001 (43,52 %) concomitanti lesioni dell' apparato respiratorio con: 262 localizzazioni ghiandolari (26,27 %), 690 pleuriche (78,93 %) e 149 parenchimatose (14,88 %). L'esame radiologico sistematico metterebbe in evidenza il gran numero dei processi respiratori pregressi ed in atto, che il più delle volte sfuggono all'indagine clinica e che sono importanti anche perchè spesso aggravano il processo O.-A.

C. VERDINA. — *La sierodiagnosi tub. con la nuova reazione immunitaria di Meinicke.* — Questa è tecnicamente e biologicamente simile a quella nota proposta dallo stesso O. per la lues. Su 205 sieri, l'O. ha riscontrato costante negatività nei sani; in quelli con altre malattie negatività 95 %; in individui con forme sospette 86 % di negativi, 12 dubbi, 2 % positivi; nei tubercolosi: negativi 1,7 %, dubbi 13 % e positivi 85 %. La nuova reazione, pur non presentando valore assoluto, fornisce una forte presunzione per la natura tubercolare del processo in atto ed ha indubbio valore anche nei riguardi diagnostici, in quanto si dimostra più sensibile nello svelare lo stato di attività e di evoluzione dei processi specifici, risultando costantemente positiva in quest'ultima evenienza. La nuova sieroreazione di chiarificazione di Meinicke porterà, secondo l'O., un valido aiuto nel campo clinico della tisiologia.

A. HERLITZKA. — *Nuovi indirizzi sulla fisiologia dell'alta montagna.* — L'uomo che si trasferisce in montagna subisce l'azione del clima, di fronte al quale reagisce con lenti adattamenti, che modificano profondamente le attività fisiologiche dell'organismo. Nelle nostre Alpi si possono considerare essenzialmente due zone. In quella più alta — frequentata dagli alpinisti — interessano particolarmente i problemi inerenti alla fatica, alle reazioni organiche dipendenti dall'anossiemia, dalla secchezza dell'aria, dalle irradiazioni ultraviolette e termiche, dalle basse temperature, dalla riflessione della luce dei ghiacciai e delle nevi e dalle rifrazioni per parte della nebbia. Nella zona più bassa, molti dei caratteri suddetti sono presenti, ma assai attenuati; inoltre i boschi modificano lo stato igrometrico e l'irradiazione. Nell'alta zona, si hanno i disturbi del mal di montagna, dovuti tanto all'anossiemia, quanto all'acapnia. Soltanto la tachicardia e l'iperpnea arteriosa, l'acapnia e l'aumento della gettata cardiaca dipendono dalla diminuzione della pressione.

R. ZANOLI. — *La radiodiagnostica della tubercolosi O. A.* — L'O. considera soprattutto i punti deboli dell'argomento. P. es., il risentimento articolare del ginocchio, in cui la radiografia non sa aiutare a sciogliere il dubbio se trattisi di semplice artrite posttraumatica o di tubercolosi incipiente; la carie secca iniziale dell'anca, per cui nasce l'incertezza con altre forme come epifisiti ed artriti deformanti giovanili. L'O. considera l'atrofia come segno rivelatore di una lesione specifica, osservando che questo reperto non è caratteristico, nè costante nella tubercolosi; molte altre forme patologiche si accompagnano ad atrofia, mentre nella tubercolosi, spesso non la si trova nei focolai osteitici, nella carie secca e nelle localizzazioni diafisarie. Quadri di osteo-sclerosi e di produzioni osteofitiche sono più frequenti di quanto si creda, talora abbinate ad atrofia e si hanno come risultato delle immagini atipiche.

Una considerazione del diverso comportamento viene dall'età; la periostite ossificante, le localizzazioni diafisarie sono prerogative della età infantile; i fenomeni distruttivi e la diffusione del processo tubercolare sono inversamente proporzionali all'età; i fenomeni distruttivi frequenti nel bambino sono assai scarsi e spesso assenti nel vecchio in cui le lesioni sono più limitate.

Altre difficoltà diagnostiche sono quelle regionali: difficile la interpetrazione radiografica di una lesione cervicale, tanto che nella grande maggioranza dei casi, quando il radiogramma è positivo, il processo è già in fase di riparazione. Incerto è il reperto della sacro-coxalgia, che si rende manifesto solo quando vi sono estese lesioni; così dicasi della carie costale esternale. Per il ginocchio, ci troviamo pure in non piccola difficoltà: la decalcificazione dei capi articolari non ha un valore assoluto ed i fenomeni erosivi e distruttivi sono molto tardivi.

Nel piede, si ha intensa e diffusa decalcificazione e nella tubercolosi tibio-tarsica l'evoluzione è simile a quella del ginocchio.

L'O. si domanda quindi perchè la tubercolosi dell'anca si manifesti quasi sempre con fenomeni distruttivi, mentre nel ginocchio e nel piede questi sono meno frequenti. Egli pensa ad una diversa capacità di reazione per particolari condizioni regionali. Si ferma a considerare certe vacuolizzazioni d'incerto aspetto ed, a questo proposito, ricorda di aver trovato operatoriamente dei bulbi trocanterici vuoti molto simili a quelli di contenuto caseoso. Ricorda la maggior frequenza nella colonna vertebrale di fenomeni osteofitici, nell'anca di sequestri, nel calcagno e nello scafoide di eburneizzazione.

Per i vari aspetti radiografici, oltre le nozioni locali, sono da tenersi presenti anche i fattori costituzionali endocrini, che possono ripercuotersi sullo scheletro e sullo stato di nutrizione del sistema osseo.

Le lesioni patologiche rivelate dal radiogramma sono inferiori alla realtà ed un focolaio caseoso, per essere radiovisibile, deve avere dimensioni ad un chicco di caffè.

La radiografia è inoltre negativa nei riguardi degli ascessi, se si eccettuino quelli mediastinici, quelli calcificati e talvolta quelli psoici.

L'indagine radiologica è un mezzo prezioso per giudicare del processo di riparazione della malattia; però è difficile stabilire il grado della riparazione e soprattutto giudicare della guarigione.

Difficoltà diagnostiche si presentano per differenziare la sifilide e l'osteomielite.

In complesso, pure osservando che la radiologia ha grandi meriti, si deve ritenere che è soprattutto con i mezzi clinici che il malato va studiato e giudicato.

Nella vivace discussione seguitane, il PUTTI ha rilevato che egli, per nulla togliendo alla diagnosi clinica, ha grande fede nel valore della radiografia nel campo della tubercoosi O.-A.; molte volte, egli aggiunge, non si vede perchè non si sa vedere o perchè i radiogrammi sono mal fatti.

Una vivace discussione ha anche suscitato una comunicazione di E. CHIAROLANZA sul metodo Finikoff nella cura delle tubercolosi chirurgiche.

fil.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'influenza apiretica.

La diagnosi si fa essenzialmente tenendo conto dei sintomi con cui si presenta l'influenza: cefalea, mialgie specialmente lombosacrali, coriza, lacrimazione, indolenzimento dei bulbi oculari, mal di gola, grande prostrazione e, spesso, epistassi.

All'esame obbiettivo, si nota generalmente, arrossamento diffuso delle fauci, in corrispondenza degli archi palatini, delle tonsille e del faringe. Spesso, il catarro si propaga alla laringe, alla trachea, ai grossi bronchi; si ha allora lieve raucedine con tosse stizzosa, secca e senso di bruciore alla gola.

Interessante può essere la formula leucocitaria; potendo escludere il tifo, la leucopenia con neutrofilia relativa depone per l'influenza.

In una rivista sintetica, G. Mantella (*Rinascenza medica*, 31 marzo 1935) cita alcuni segni che possono essere di aiuto fin dall'inizio. Segno di Gouzy: depitelizzazione dell'apice della lingua, che risalta bene dal resto saburrale per una linea di demarcazione a V rovescio. S. di Herricourt: eruzione miliare confluente di piccole papule trasparenti sul velo pendulo e sulle fauci. S. di Gobbi: aspetto granuloso della congiuntiva tarsale, come pelle zigrinata.

La prognosi può essere sfavorevole perchè la mancanza di febbre indica spesso una mancanza di reazione e, quindi, di resistenza da parte dell'organismo.

È opportuno che il paziente rimanga a letto fino a scomparsa dei sintomi evitando ogni occasione di raffreddamento; rialzare artificialmente la temperatura, con applicazione agli arti inferiori di borse o di bottiglie con acqua calda e somministrare un'alimentazione nutritiva e di facile digestione. Utili le bevande abbondanti.

Utile può essere il vaccino antiinfluenzale.

Contro la rino-tracheite, istillazioni di olio resorcinato o gomenolato, vaporizzazioni aromatizzate, inalazioni di soluzione alcalina (borato, bicarbonato di sodio). Regolare lo svuotamento intestinale (clisteri), sorvegliare la funzione cardiaca e la pressione arteriosa, ricorrendo ad iniezioni di canfora e all'adrenalina.

Combattere l'adinamia con cure a base di lecitina, di vitamina, di china, di Kola, glicerofosfati, formiati, stricnina, arsenico.

fil.

Il collasso massivo del polmone.

Si verifica entro 24-48 ore dopo un'operazione spesso sull'addome, oppure dopo lesioni del torace o come complicazione negli stadî avanzati della difterite (G. E. Beaumont: *British med. journ.*, 16 febbr. 1935).

Sintomi e segni. Il paziente cade improvvisamente in collasso, con difficoltà di respirare e sensazione di venir meno; i sintomi sono piuttosto di malessere che di dolore. Nel collasso polmonare postoperatorio, è anzitutto importante una diagnosi esatta. Il presentarsi improvviso della dispnea, con elevamento di temperatura ed aumento di frequenza del polso indicano un consolidamento polmonare e fanno fare una diagnosi erronea di polmonite postoperatoria; la diagnosi esatta si fa basandosi essenzialmente sui segni fisici, specialmente per lo spostamento del cuore dal lato affetto. Il collasso massivo del polmone nella difterite può essere scambiato per un attacco di insufficienza cardiaca, se non si tiene presente la possibilità del primo.

Profilassi. Il trattamento profilattico consiste nel cambiare spesso di posizione al malato costretto a letto e nel fare eseguire ogni tanto una serie di respirazioni profonde per alcuni minuti, sia di giorno che di notte, allo scopo di espandere le basi polmonari. Vanno evitate le fasciature strette dopo l'operazione; alla fine dell'anestesia, è consigliabile di fare respirare dell'ossigeno con il 5 % di anidride carbonica.

Trattamento d'urgenza. Si combatterà lo « shock » ed il collasso con iniezioni sottocutanee di solfato di stricnina (2 mg.) e di solfato di atropina (½ mg.) da ripetersi eventualmente ogni quattro ore. Si allenteranno, se esistono, le fasciature troppo strette alla parte bassa del torace e si farà inalare una miscela di ossigeno col 5 % di acido carbonico attraverso un catetere nasale. Si useranno altresì gli stimolanti cardiaci (cardiazol, coramina; 1 cmc. da ripetersi ogni 6 ore).

Se queste misure non portano risultati, si userà il broncoscopio per aspirare il muco inspessito che talvolta ostruisce i bronchi oppure si farà un pneumotorace di 100-200 cmc. allo scopo di aumentare la pressione endopleurica.

fil.

La frenico-alcoolizzazione nella cura della tubercolosi polmonare.

Secondo Alberto Renzo, Hamilton Nelson (*Revista de Tuberculosis dell'Uruguay*, T. IV, N. 1, 1934) l'alcoolizzazione del nervo frenico determina come si sa la paralisi e la risalita immediata dell'emidiaframma corrispondente. La durata dell'effetto è variabile da caso a caso, ma può, secondo alcuni AA., mantenersi fino a tre anni.

L'alcoolizzazione avrebbe il vantaggio di essere più benigna della frenicectomia; può favorire la guarigione per la reazione sclerotiz-

zante cicatriziale in rapporto con le possibilità di difesa e di resistenza dell'organismo.

Gli AA. raccomandano di preparare il campo operatorio così come hanno consigliato Cordey e Philardeau, cioè: lavarlo bene con soluzione fisiologica tiepida ed asciugando con garza; in questo modo si eviterebbero i dolori nevralgici del braccio che sono mal tollerati dai pazienti.

Le principali indicazioni dell'alcoolizzazione sono date dai processi tubercolari apicali.

Tale processo non impedisce secondariamente di intervenire co naltri metodi chirurgici come la toracoplastica superiore, il piombaggio, ecc.

L'alcoolizzazione, secondo gli AA., dev'essere preferita nei casi bilaterali latenti, e come operazione complementare del pneumotorace artificiale. Sarebbe pure indicata nelle lesioni basali che abbiano sicura tendenza fibrosa.

Secondo Bernou l'alcoolizzazione del frenico sinistro eviterebbe i disturbi digestivi e cardiaci che si sono visti comparire e persistere anche per lungo tempo, dopo la frenicectomia sinistra. SCANDURRA.

Il trattamento della difterite maligna.

B. A. Peters (*British med. journ.*, 23 marzo 1935) consiglia di iniettare 30.000-100.000 unità immunizzanti per via endovenosa (*sic*) e 24.000 per via endomuscolare, non appena fatta la diagnosi di difterite maligna. Per la iniezione endovenosa, è bene usare una siringa da 30 cmc. con ago eccentrico; se non si riesce ad entrare nella vena sottocubitale, utilizzare la giugulare esterna.

Come cure accessorie. Iniezione endovenosa di glucosio (al 20 %) con jodio colloidale a 1/500; se ne iniettano 30-150 cmc. secondo la età del paziente (non più di 90 cmc. in un bambino sotto i 10 anni e non mai al primo giorno della malattia). Per dare effetti benefici, deve produrre glicosuria per 6 ore; se questa persiste in seguito, somministrare 5-10 unità d'insulina; se il paziente ha, in seguito, ulteriori segni di insufficienza cardiaca, dare una piccola dose del glucosio endovena, seguita da 10 unità d'insulina.

Allo scopo di ristabilire la riserva alcalina, dare la seguente miscela a dosi di 15-30 cmc. fino a che l'urina diventa alcalina (3-4 giorni):

Bicarbonato di sodio	g.	1,6
Carbonato di calcio	»	0,30
Bicarbonato di potassio	»	0,30
Acqua di menta q.b. per	»	30

Somministrare inoltre della tintura di jodio, in ragione di 3 gocce per ogni anno di età, con un massimo di 60. L'A. osserva che la quantità di 30 gocce aggiunta a 30 cmc. di latte è, praticamente, insapora. L'A. consiglia di continuare la somministrazione ogni 4 ore fino a totale scomparsa dell'albuminuria, il che si ha in un mese, al massimo. Egli rileva che la tossina difterica ha una notevole affinità per i lipoidi (miocardio e guaine tendinee), come l'ha lo jodio il quale, tende quindi ad eliminare la tossina ed a prevenire la paralisi.

Allo scopo di stimolare il metabolismo torpido, somministrare anche della tiroide secca (15-60 mg. al giorno); la somministrazione va fatta fino a scomparsa totale dell'albuminuria e non oltre, altrimenti, si può avere ematuria.

L'A. sconsiglia l'uso dell'antitossina concentrata (soltanto globulina) perchè più spesso provoca brividi ed iperpiressia.

La tendenza all'emorragia viene combattuta con l'iniezione di 2-4 cmc. di emoplastina.

fil.

SEMEIOTICA.

Rumori cardiovascolari di soffio in individui con lesioni mediastiniche.

L. Cotti (*Cuore e circolazione*, marzo 1935) riporta due casi interessanti perchè dimostrano la possibilità che lesioni mediastiniche di tipo fibro-adesivo determinino dei rumori cardiovascolari di solito, di natura extracardiaca.

Si trattava di due individui specifici di vecchia data; in entrambi era stata praticata una frenicectomia, con esito in paralisi dell'emidiaframma corrispondente; in un caso vi era anisocoria, che è frequentissima nelle lesioni del mediastino.

In entrambi, si avvertivano dei rumori di soffio verso la base del cuore e precisamente in un punto corrispondente al focolaio di ascoltazione della polmonare. I caratteri acustici di tali soffi erano quelli dei rumori organici valvolari per stenosi ed insufficienza combinate in un caso e per stenosi semplice della polmonare nell'altro. Il timbro dei rumori era piuttosto rude; essi ricoprivano i rispettivi toni e si diffondevano parecchio verso l'esterno e l'alto. Erano in un certo rapporto con i movimenti del respiro; in un caso a tal punto che il doppio soffio si rendeva evidente soltanto durante gli atti respiratori; nell'altro, il movimento respiratorio si limitava a diminuire l'intensità del rumore.

Nel primo paziente, la causa determinante era evidentemente legata alla meccanica respiratoria. Nel secondo, i movimenti respiratori interferivano nel fenomeno acustico, senza però parteciparvi, in quanto che l'inspirazione profonda comportava con ogni probabilità semplicemente una diminuita trasmissibilità del rumore all'orecchio, dovuta all'espansione del torace; l'affievolimento era più evidente verso l'esterno, dove si trovava maggior quantità di tessuto polmonare.

L'A. discute la genesi del fenomeno che va messo in rapporto con la esistenza di deformazioni mediastiniche cardio-vascolari, determinate dalla pleuro-mediastinite adesiva.

fil.

TECNICA MEDICA.

La raccolta dei campioni di sangue per l'esame.

Il valore dei risultati di un esame di sangue dipende essenzialmente dal modo con cui è stato raccolto il sangue stesso, in quanto che degli errori di tecnica possono falsarli del tutto. Molte volte, poi, il medico pratico, che non può fare da sè l'esame, si astiene dal farlo praticare, specialmente per il conteggio, a causa delle difficoltà che si possono incontrare per far venire il laboratorista a casa del paziente stesso.

L. E. B. Whitby (*Practitioner*, marzo 1935) dà in proposito alcune norme pratiche.

Il campione di sangue opportunamente conservato può essere inviato al laboratorio purchè preso in determinate condizioni.

Se occorrono quantità di 5-10 cmc., si prelevano dalla puntura della vena, mettendolo poi in tubi con tappo di sughero, contenenti 2 mg. di ossalato di potassio per cmc. di sangue. A tale scopo, si mettono nel tubetto destinato ai 5 cmc., cmc. 0,5 (esatti!) di soluzione di ossalato di potassio al 2 %, che si lascia evaporare fino a secchezza; per 10 cmc. di sangue, quantità doppia. Il sangue si manda poi al laboratorio, nel più breve tempo possibile. Il lasso di tempo entro cui si deve fare l'esame è di 24 ore per il dosamento dell'emoglobina ed il conteggio delle emazie e dei leucociti; di 4 per l'indice di ittero e la van den Bergh, di 3 per la fragilità delle emazie, la prova di sedimentazione ed il volume corpuscolare e di 1 per il conteggio delle piastrine. Con temperatura esterna elevata, i tempi vanno abbreviati.

Quantità minori possono raccogliersi dalla puntura del dito o del lobulo dell'orecchio: 2 cmc. (esatti!), che si mettono in flaconcini a tappo smerigliato, in cui si trovano già 2 cmc. (esatti!) del liquido usato per la diluizione, agitando poi accuratamente. Il laboratorista farà la diluizione tenendo calcolo di quella già esistente. Per il conteggio dei leucociti, si faranno 6 preparati successivi.

Importante è di avere tutto ben pronto e di aver presente la successione delle diverse manovre. Pulizia del polpastrello del dito con alcool, asciugando accuratamente; lieve pressione d'ambo i lati del polpastrello, in modo da farlo sporgere; puntura brusca ed abbastanza profonda; rilasciando, poi, le dita che stringono moderatamente il polpastrello, il sangue colerà liberamente; eventualmente, l'operatore potrà stirare la pelle, con trazione esercitata simultaneamente dai due pollici applicati ai lati del polpastrello.

Per il conteggio differenziale, si faranno degli strisci preferibilmente sul porta-oggetti, un altro porta-oggetti tenuto ad un angolo di 45°; lo spessore ne diminuisce diminuendo l'angolo.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. B. M. da P.:

Sulle onde corte in medicina nessuna monografia ancora in italiano e poche straniere. L'argomento è in gran parte su giornali (in Italia lavori di Izar, Cignolini, ecc.).

L'Accademia Medica Lombarda ha tenuto nel mese corr. una seduta straordinaria sulle onde corte (rivolgersi al Presidente C. Baslini). Vi figurano relazioni di Cignolini, Lerroux, Lebesny, Auclair, ecc.

Recente è la monografia di Liebesny, (ed. Urban e Schwarzenberg, 1935 « Kurz-und Ultrakeorgiwellen », completa nelle sue parti.

Scrivere al prof. Cignolini (Clinica Medica di Genova) per i suoi lavori. M. E.

FORMULARIO.

Nell'erisipela.

Vengono consigliate le spennellature della cute colpita con soluzione di jodio all'uno per cento in tetracloruro di carbonio. Si ripetono tre volte al giorno, avendo cura di oltrepassare i limiti della cute interessata.

Non si deve praticare altro trattamento locale. Come cura generale, si consigliano delle iniezioni di pioformina.

La temperatura discende alla norma in una settimana e la guarigione si ottiene in 6-12 giorni.

(*Journal des praticiens*, 1934, n. 51). *fil.*

VARIA

Levatrice che dà la morte.

L'ufficiale sanitario di un distretto dello Hessen (Germania) riferisce, sul « Deut. Tuberk.-Blatt. » (1935, n. 1), di avere osservato, nel 1933 e nel 1934, cinque casi letali di tubercolosi polmonare e meningea, in piccoli bambini. Volle fare un'inchiesta e risultò che l'assistenza durante il parto e il puerperio era stata prestata da una levatrice, la quale da anni soffriva di « catarro bronchiale » cronico e nel cui espettorato trovò i bacilli di Koch; ella aveva l'abitudine di leccare gli oggetti per il trastullo dei bambini. Proseguendo l'inchiesta, furono esaminati 134 bambini nati nel distretto ove presta la sua opera questa levatrice; 40 di essi reagirono positivamente alla tubercolina e 15 di questi mostrarono lesioni definite ai raggi X.

L'A. ricorda un caso simile osservato da Reich nel 1878 a Neuenburg e citato da Calmette: 10 bambini messi al mondo da una stessa levatrice morirono di meningite tubercolare in 14 mesi; nulla di simile si aveva negli altri nati. Quella levatrice usava insufflare aria nella bocca dei neonati, con la propria bocca, anche se non v'era alcun segno di asfissia.

(Da « Igea », n. 3).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

IV. - Titoli di ammissione ai concorsi ospedalieri.

Il Sottosegretario di Stato on. Buffarini ha fatto queste dichiarazioni alla Camera, discutendosi il bilancio dell'Interno: « circa l'asserita obbligatorietà della libera docenza come titolo per l'ammissione ai concorsi sanitari ospitalieri, assicuro l'on. Chiurco che non solo l'Amministrazione dell'Interno segue un indirizzo generale opposto a quello che egli condannava, ma anche nel settore specifico dei concorsi per medici ospitalieri, le direzioni degli enti non hanno in genere mai richiesto, come è necessario, il titolo di libera docenza. Certo che nell'esame dei titoli quello della docenza, quando esiste, non può non essere valutato come un elemento preferenziale ».

Da queste assicurazioni risulta anche un avvertimento opportuno ed utile.

L'abilitazione alla docenza, quale che sia il suo valore astratto e concreto, in relazione alla materia e alla preparazione effettiva, non deve essere, in alcun caso, condizione necessaria per l'ammissione al concorso che abbia per oggetto l'esercizio di attività professionale. È ovvio. Può essere indice di preparazione culturale, valutabile in relazione allo scopo del concorso e alle circostanze, e non è titolo base.

Ma di altre condizioni talvolta si abusa. Certamente è opportuna una selezione preventiva, specialmente nei concorsi per titoli, essendo inutile valutare la idoneità assoluta e relativa di chi non abbia titoli che siano indice presuntivo di capacità minima in relazione allo scopo del concorso. Ma la esclusione preventiva non è prevista e regolata per la protezione di interessi particolari o di categoria, sia pure apprezzabili; il numero dei concorrenti non è limitato per favorire determinate situazioni di impiego, costituendo quasi un privilegio, sia pure per cause obbiettive, salvo il caso di promozione, quando si tratti di uffici ordinati gerarchicamente e riservati alla progressione della carriera dell'impiegato. Procedendosi alla nomina per concorso pubblico, all'interesse amministrativo corrispondono le maggiori possibilità di scelta e, quindi, la utilità della più larga partecipazione al concorso. Si può ammettere che certe situazioni di impiego siano tutelate e, sia pure, costituiscano titolo di preferenza. Ma le condizioni di ammissione al concorso, specialmente per uffici di alta responsabilità, devono essere stabilite nell'interesse dell'Amministrazione e con criteri di larghezza, anche perchè la preclusione è effetto di limitazioni su base formale e di presunzioni, che possono non corrispondere alla realtà. Che si richieda la prova di un periodo di preparazione è certamente opportuno: purchè però non si ecceda e specialmente non si stabiliscano condizioni formali rigide. La Commissione eliminerà poi i concorrenti inidonei o meno capaci; ma la esclusione preventiva può essere arbitraria e anche dannosa all'Amministrazione. Il rigore eccessivo conduce talvolta a conseguenze stravaganti: in qualche caso è stato necessario escludere dal concorso, considerandolo preventivamente e assolutamente inidoneo, soltanto per difetto di nomina ad un *posto di organico*, il medico-chirurgo che ha esercitato, per maggior tempo, le stesse funzioni, in condizioni *identiche*, sia pure fuori di organico, e per incarico e da molto tempo ha esercitato anche quelle del grado superiore, precisamente le funzioni che sono oggetto del concorso. Sicchè la stessa Amministrazione lo riconosce tanto capace che gli affida l'ufficio, per es., di primario, ne loda le attività e si giova dell'opera così prestata da molto tempo; tuttavia non lo ammette al concorso, per inidoneità temporanea presuntivamente desunta da un difetto formale, cioè dalla condizione giuridica fuori di organico, che non ha alcun rapporto con la entità e la qualità della effettiva prestazione.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Assistenza sanitaria nelle risaie.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. Sanità Pubblica, Divisione 6ª, Sezione 1ª) ha diramato ai sigg. Prefetti e Autorità assimilate la seguente circolare, n. di prot. N. 20600/12408, in data 30 aprile 1935-XIII:

S. E. il Segretario del Partito Nazionale Fascista con il foglio di disposizioni n. 392 del 24 corrente ha impartite speciali norme per la più larga e rigorosa assistenza materiale, morale e sanitaria delle lavoratrici addette alla monda del riso.

Ad integrazione delle provvidenze anzidette, le EE. LL., per quanto più particolarmente riguarda la tutela sanitaria di dette lavoratrici, — in attuazione di quanto dispone il testo unico delle leggi sanitarie (3° titolo, da art. 204 a 215) — vogliano curare che le Autorità dei Comuni, nei quali la coltivazione del riso è estesa, e nei quali suole verificarsi immigrazione di mondarise, apprestino idonei servizi per la realizzazione completa delle forme di vigilanza igienica e di assistenza sanitaria, considerate dalla legge sanitaria e dai regolamenti generali e provinciali sulla risicultura.

Anzitutto, di intesa con gli uffici provinciali di collocamento, deve stabilirsi speciale vigilanza nei Comuni nei quali suole effettuarsi il reclutamento delle mondarise. L'Ufficiale Sanitario, nel rilasciare il prescritto certificato di visita sanitaria delle donne, non deve limitare l'esame alla constatazione di malattie trasmissibili, ma rivolgerlo anche allo stato generale ed alla constatazione di malattie costituzionali, di quelle nervose (epilessia, isterismo, ecc.) e di quelle altre che non consentano di attendere, senza danno, regolarmente e proficuamente ad un lavoro bene spesso gravoso, quale quello della monda.

Occorre insistere che nei riguardi delle donne incinte deve essere sempre specificato il periodo della gravidanza, in modo da poter escludere quelle lavoratrici, che, per trovarsi a gravidanza inoltrata, oltre il settimo mese, potrebbero ricevere danno da un lavoro che si esegue in terreno umido ed a posizione curva. Ciò ha particolare importanza ai fini della riduzione della natimortalità, essendo ben noto come i parti prematuri ed i nati morti siano frequenti in queste lavoratrici.

Dovrà, del pari, accertarsi che le donne non lascino bambini di tenera età, provvedendo in tal caso ad assicurare a favore di essi la necessaria assistenza, con il concorso della Federazione provinciale per la protezione della maternità e dell'infanzia.

Sul luogo del lavoro occorre attuare preventivo controllo degli alloggiamenti e dei locali di ricovero, per accertare che essi rispondano per cubatura, ventilazione ed arredamento alle prescrizioni igieniche; che siano difese con reticelle metalliche contro la penetrazione degli insetti aerei; che siano provvisti di locale separato per l'eventuale isolamento di malati infettivi; che sia stata assicurata la provvista di buona e sufficiente acqua potabile, come pure il rifornimento di sostanze alimentari di ineccepibile qualità.

L'assistenza sanitaria, medica e farmaceutica, deve essere completa, ed i comuni devono al riguardo predisporre i relativi servizi, da vigilarsi con frequenza dal medico provinciale.

Si rammenta che nelle risaie è obbligatoria la somministrazione gratuita di chinino, secondo le prescrizioni che dovranno dare le EE. LL., anche nel caso che le risaie non siano comprese in zone dichiarate malariche.

In caso di inadempienza delle prescrizioni di carattere sanitario le EE. LL. si avvarranno del potere conferito dall'articolo 212 del testo unico delle leggi sanitarie (ultimo capoverso).

Poichè il lavoro per la monda e la raccolta del riso, come si è detto, è gravoso, necessita che si vigili perchè siano rigorosamente osservate le norme date circa la durata del lavoro, il quale non può essere continuativo ma deve essere regolato da periodi di riposo.

Se eventualmente vi sono madri che allattino i propri bambini, deve vigilarsi che indipendentemente dai periodi di riposo stabiliti per tutte le lavoratrici, sia anche concesso congruo tempo che consenta l'allattamento materno.

Poichè di regola le mondine non possono condurre in risaia i bambini, occorre predisporre perchè questi possano essere regolarmente custoditi ed assistiti negli alloggiamenti. Per l'organizzazione di tale servizio è stata incaricata l'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia, con la quale le EE. LL. vorranno prendere i necessarî accordi, segnalandone i varî bisogni.

Coordinatamente a tale servizio sarà utile che la stessa opera attenda all'assistenza delle donne incinte, sia impartendo norme di igiene prenatale, sia controllandone lo stato di salute in modo da assicurare che la gestazione possa svolgersi normalmente e senza danno per il prodotto del concepimento.

Questo Ministero è sicuro del personale interessamento delle EE. LL. ai fini di ottenere la più completa assistenza igienico-sanitaria delle lavoratrici, e frattanto attende assicurazione per l'osservanza delle norme di massima all'uopo impartite.

Cronaca del movimento professionale.

La distribuzione degli incarichi giudiziari.

La Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti comunica:

« Questa Confederazione, proseguendo nella sua azione intesa ad alleviare la disoccupazione nelle categorie professionali, ha chiesto a S. E. il Ministro di Grazia e Giustizia di voler disporre affinchè nella assegnazione degli incarichi giudiziari possa essere seguito il criterio di una equa distribuzione, dando la preferenza, compatibilmente con le esigenze della giustizia, ai professionisti che ritraggano scarsi guadagni dalla loro

attività professionale e non abbiano altre occupazioni remunerative. S. E. il Ministro, aderendo alla richiesta della C.F.P.A., ha diramato una circolare in tal senso alle LL. EE. i Primi Presidenti delle Corti d'Appello, invitandoli a impartire precise istruzioni alle dipendenti autorità giudiziarie perchè le norme, di cui la circolare è argomento, vengano scrupolosamente osservate.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Caltanissetta. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Concorso per titoli ed esami al posto di Direttore del Consorzio Provinciale Antitubercolare-Direttore del Dispensario Provinciale. Stipendio L. 14.000, elevabile a L. 19.400 in dodici anni, supplemento di servizio attivo L. 4000 al lordo delle ritenute di legge. Titolo diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo conseguito da almeno due anni dalla data del presente concorso. Età massima anni 40 s. e. l. Scadenza 15 giugno 1935-XIII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio.

Firenze. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Scad. 15 giugno, ore 17; assistente medico chirurgo; titoli ed esami; età limite 30 anni; stip. L. 6400 lorde, indenn. c.-v. e altre indennità regolamentari; tassa L. 50; documenti a 3 mesi dall'1 maggio. Chiedere avviso. Rivolgersi alla Segreteria.

Macerata. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Scad. 20 giugno; medico nell'Istituto per tubercolosi di Villa Monte Albano in Macerata; stip. lorde L. 6000 e 6 quadrienni decimo, oltre L. 2750 indenn. serv. att., indenn. c.-v., vitto (ovvero corrispettivo di L. 4000 annue, a scelta), alloggio (obbligatorio). Titoli. Età limite 40 anni. Tassa L. 50,10.

Roma. *Istituto Nazionale Fascista della previdenza sociale.* — È aperto un concorso per titoli e per esami ai posti di Direttore sanitario degli Ospedali sanatoriali di Ascoli Piceno, Brindisi, Busto Arsizio, Cuneo, Imperia, Lecce, Ragusa, Taranto, Trapani

Gli aspiranti dovranno, non più tardi del 31 maggio, presentare, facendosene rilasciare ricevuta, o far pervenire, per mezzo della posta, in piego raccomandato, con ricevuta di ritorno, alla Direzione Generale (Servizio Personale) dell'Istituto Nazionale Fascista della previdenza sociale in Roma, via Minghetti 22, i documenti. Età limite 45 anni. Titoli ed esami.

I vincitori del concorso dovranno prestare un servizio di prova per un periodo di due anni con facoltà di esonero da parte della Amministrazione anche prima della scadenza di tale periodo. L'assunzione definitiva in servizio avverrà con contratto d'impiego per 5 anni, che potrà essere rinnovato alla scadenza con deliberazione insindacabile del Comitato Esecutivo dell'Istituto Nazionale Fascista della previdenza sociale.

Lo stipendio annuo è di lire ventiquattromila, ridotto del 10 % a norma del R. D. L. 14 aprile 1934, n. 561, e aumentato degli accessori stabiliti dal regolamento.

Per il bando di concorso gli aspiranti potranno rivolgersi alla Sede Centrale dell'Istituto Nazionale Fascista della previdenza sociale (Servizio Personale).

Sambuca Pistoiese (*Pistoia*). — Il concorso alla condotta consorziale è revocato.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Da Monaco-Montecarlo.

L'"Académie Méditerranéenne" solennemente inaugurata a Monaco-Montecarlo

Il 18 aprile è stata inaugurata con grande solennità nella Sala della Società delle Conferenze a Monaco e sotto la presidenza del Ministro di Stato del Principato l'Accademia Mediterranea, la quale ha preso il posto del già esistente Centro universitario mediterraneo di Nizza, dove anche personalità del mondo intellettuale italiano avevano tenuto negli scorsi anni conferenze su argomenti di scienza, lettere ed arte. Attualmente con questa « Académie Méditerranéenne » messa sotto l'egida del Principe di Monaco la Francia ha voluto ancora più realizzare ed esaltare l'unione culturale di tutti i popoli circum mediterranei. La giornata del 18 aprile è stata quasi tutta dedicata in onore dell'Italia, ed ha perciò rivestito il significato di una grande solennità dell'amicizia tra le due nazioni. La sala delle conferenze del Quai de Plaisance di Montecarlo era gremita di un pubblico sceltissimo tra cui si notavano l'ex Presidente della Repubblica francese Millerand e l'Accademico di Francia Gabriel Hanotaux. Erano state invitate quattro personalità italiane, gli Accademici d'Italia Farinelli ed Angelo Silvio Novaro, il commediografo Chiarelli ed il sen. prof. Nicola Pende, ai quali quattro intellettuali italiani l'Accademia Mediterranea voleva rendere onore ed accoglierli nel suo seno. Erano rappresentate alla seduta le Università di Montpellier e di Strasburgo, la Società Medica del Littorale Mediterraneo col suo presidente dott. Maurizio Faure, il Sindaco ed il Principato di Monaco con i suoi Ministri e Consiglieri del Governo. Assistevano inoltre il Principe e la Principessa Arfa Mirza Riza Khan, il Console di Francia, il Marchese Chiavari, Console d'Italia e tutte le autorità politiche locali franco-italiane.

Dopo il discorso inaugurale del Ministro di Stato di Monaco S. E. Maurice Bouilloux-Lafont, il quale fa rilevare che l'installazione dell'Accademia Mediterranea a Monaco, data la posizione speciale della città ed il suo carattere internazionale, non poteva avere scelta più felice, anche perchè viene ad aggiungersi ad altre istituzioni scientifiche, come il Museo Oceanografico ed il Museo Antropologico ed il Giardino Esotico, istituzioni di carattere mediterraneo, prende la parola il Presidente dell'Accademia Mediterranea Léon Labande, membro dell'Istituto di Francia, il quale rende omaggio all'ospitalità del Principe di Monaco, fa la storia dell'Accademia, e saluta i nuovi membri della medesima, ed in special modo gli eminenti ospiti italiani.

Segue un elevato discorso di Paul Morand sul compito dell'Accademia Mediterranea come focolaio con la unità spirituale delle razze latine; egli ricorda quanto hanno scritto in proposito gli intellettuali francesi Louis Bertrand, Paul Valéry e Gabriel Hanotaux. Segue un elevato discorso sulla storia della civiltà mediterranea e della sua continuità nell'epoca attuale della storia del progresso umano, tenuto dallo scrittore Chiarelli, al quale il segretario dell'Accademia Mediterranea, Jean Desthieux, dà il benvenuto con parole oltremodo lusinghiere per la sua produzione artistica. Del pari il Desthieux illustra con parole di alto elogio gli Accademici italiani Farinelli e Novaro: ed il Farinelli improvvisa un breve discorso di ringraziamento e di solidarietà franco-italiana.

Il dott. Maurizio Faure, presidente della Société Médicale du Litoral, prende la parola per presentare all'Accademia come nuovo membro d'onore il sen. prof. Nicola Pende. Egli ricorda i propri studi sull'uomo fossile di Menton, sui piccoli negroidi di Grimaldi e sui grandi atlantici di Cromagnon, che possono considerarsi come i primi civilizzatori del mediterraneo, e mette in luce l'interesse delle ricerche del Pende sui tipi razziali ancora oggi distinguibili in Liguria col loro profilo liguroide o romagnonoide, tipi razziali corrispondenti ai suddetti creatori della prima Civiltà Mediterranea sorta precisamente sulla nostra Riviera di Levante e di Ponente. Ricorda anche le ricerche del Pende sull'affinità biologica dei popoli bruni viventi sulle coste del Mediterraneo e sopratutto sulla loro affinità psicologica, e rivolgendosi allo scienziato italiano e nel tempo stesso all'Italia di Benito Mussolini egli esclama: « è per questo che noi Vi riceviamo Signor Senatore in questa Accademia Mediterranea dove nessuno meglio di Voi è a suo posto: infatti Voi ne siete l'espressione la più giusta ed i Vostri studi, le Vostre idee, la Vostra persona, la Vostra nazionalità ne sono la sintesi vivente. E dite al Vostro Duce che in questo Principato indipendente dove il mare ha il suo palazzo, dove ben presto il sole avrà forse anche il suo tempio (il Faure è il presidente della Società per gli studi delle Radiazioni solari e cosmiche), davanti a questa nuova Accademia riunita per celebrare nello stesso culto le scienze, le lettere e le arti mediterranee, Voi avete ricevuto da Vostro pari l'accoglienza simbolica che noi dobbiamo alla Roma immortale, che ci ha formati e senza la quale noi non saremmo quello che siamo ».

Il sen. Pende ha risposto con un discorso elevatissimo in francese dimostrando come i propri studi lo portino alla dimostrazione dell'esistenza di un rapporto strettissimo tra i caratteri razziali dell'uomo e la psicologia profonda, ben diversa dalla psicologia sociale dell'individuo, dovuta alla vernice che attorno alla personalità profonda atavica etnica, esistente ed agente in forma più o meno chiara in ognuno di noi, è formata dall'ambiente sociale, dalle convenzioni, dalle tradizioni, dalle leggi, dall'educazione. E la personalità profonda o biologica razziale è secondo Pende il vero motore delle grandi azioni dell'individuo come dei popoli. E poichè lo studio del Pende sui tipi razziali dei popoli mediterranei dimostra che le tre razze brune, la mediterranea, l'adriatica, l'alpina, costituiscono in varia percentuale di mescolanza e con una bassissima e trascurabile percentuale di nordici germani e di baltici orientali ciascuna delle nazioni viventi da millenni sul bacino mediterraneo, e poichè egli trova una grande affinità biologica psicologica in tali razze brune, è veramente fatale che esse si fondano così come ai tempi di Roma in una nuova unità spirituale, l'unità latina mediterranea, la quale deve essere la salvaguardia vera e perenne contro la continua minaccia che alle razze brune mediterranee rivolgono le razze nordiche.

Il discorso del sen. Pende denso di concetti e di fatti scientifici del più grande valore politico è stato vivamente compreso ed applaudito dall'assemblea. Infine Georges Avri, membro dell'Accademia, ha tracciato il programma delle « Assise Mediterranee » per l'avvenire, cioè Assise Periodiche che riuniranno i rappresentanti dell'élite intellettuale della Francia, Italia, Spagna, Portogallo, Grecia, Rumenia. Egli propone per la futura adunanza come tema di discussione il seguente: « Base di un insegnamento mediterraneo ».

Nella serata è stato offerto dal Principato di Monaco un banchetto in onore dei membri dell'Accademia.

Da parte nostra dobbiamo rilevare il grande interesse che ha l'Italia Fascista non solo ad aderire ma a prendere una parte di prim'ordine in questo movimento di unione latina-mediterranea, la quale da parecchi anni ha trovato nel sen. N. Pende uno degli apostoli più ferventi. È noto infatti che il Pende ha sostenuto in vari articoli, in quotidiani politici e medici, la necessità che Roma veda al più presto sorgere nel suo seno una « Superuniversità Latina Mediterranea », la quale sia costituita da un gruppo di Istituti Superiori di Perfezionamento e di Ricerca nel campo della Scienza, delle Lettere, dell'Arte, nuovo grande faro della cultura latina, destinato ad attrarre alla Città eterna gli studiosi di tutto il mondo latino mediterraneo e dei latini delle lontane Americhe. Sappiamo pure che nel prossimo anno a Buenos Ayres, sotto la presidenza onoraria del Presidente della Repubblica Argentina e sotto la presidenza effettiva del prof. Pende, sarà inaugurato il primo Congresso Internazionale di Alta Cultura Latina. In tal modo la Civiltà Fascista diventerà il tipo naturale, e ragione di un vero ricorso storico della risorta Civiltà Latina Mediterranea. A. P.

NOTIZIE DIVERSE.

Testo unico delle leggi per l'assistenza pubblica.

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Capo del Governo, Ministro dell'Interno, ha approvato un disegno di legge con cui si conferiscono al Governo speciali poteri per l'emanazione del Testo Unico delle leggi sull'assistenza e beneficenza pubblica.

Già, con alcuni dei vari provvedimenti emanati posteriormente alla legge organica sulle Opere Pie del 17 luglio 1890, n. 6972, era stato autorizzato il Governo a coordinare e riunire in Testo Unico tutte le disposizioni vigenti in materia.

Senonchè, in sede di elaborazione del nuovo testo — ormai quasi ultimato — è sorta la necessità di introdurvi anche disposizioni nuove, sia per dare una trattazione più organica alla materia, sia per colmare alcune lacune riscontrate nella pratica, sia, infine, per mettere in armonia le leggi sull'assistenza e beneficenza pubblica con lo spirito della legislazione fascista e con i nuovi ordinamenti creati dal Regime.

Era, quindi, necessario accordare al Governo una più ampia delega legislativa: al che mira, appunto, il disegno di legge approvato dal Consiglio dei Ministri.

Revisione di istituti d'istruzione superiore.

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'Educazione Nazionale, ha approvato uno schema di disegno di legge contenente disposizioni per un organico concentramento delle istituzioni destinate ai fini dell'istruzione superiore.

Il provvedimento dà facoltà di disporre, entro il periodo di tre anni, con Decreti Reali, su proposta del Ministro dell'Educazione Nazionale, di concerto con quello delle Finanze, la soppressione, l'istituzione e la fusione di Facoltà, Scuole ed insegnamenti universitari, nonchè l'aggregazione di Regi Istituti superiori alle Regie Università e la revisione dei ruoli organici dei professori di ruolo.

I decreti Reali che saranno emanati in esecuzione di questo provvedimento di legge, mireranno ad eliminare il superfluo e ad integrare le lacune che si riscontrano nell'organizzazione degli studi universitari, a ricavare un maggiore rendimento dalle energie e dai mezzi impiegati, a portare un più saldo coordinamento nell'organizzazione stessa, affinchè l'istruzione superiore possa corrispondere sempre più adeguatamente ai fini che le sono assegnati dal Regime.

4º Congresso internazionale degli ospedali.

Roma si appresta ad accogliere degnamente le personalità scientifiche, che, da ogni parte del mondo, vi interverranno per partecipare al IV Congresso Internazionale degli Ospedali che, sotto l'alto patronato del Duce, si terrà nella città eterna dal 19 al 26 maggio prossimo.

Argomenti di elevato interesse saranno svolti nel Congresso e tra di essi merita particolare rilievo il tema: « L'Ospedale come parte dell'insieme della organizzazione della Sanità Pubblica ». Ormai non è più concepibile il procedere autonomo delle varie forme di assistenza e delle attività di profilassi sociale. Tutte devono formare un complesso ben coordinato per concorrere al fine comune senza sovrapposizioni e senza lasciare lacune, come spesso avviene, per mancanza di un ente coordinatore centrale. Un tale difetto dipende dalla iniziativa individuale o locale, cui erano lasciate le opere di beneficenza, quando ancora il concetto di assistenza sociale non era sviluppato. Così queste opere sorsero e si affermarono con diversità di intenti iniziali e con grande difformità di mezzi e di indirizzi. Eppure l'assistenza ospedaliera è quella che forma il naturale fondamento di tutte le altre, sia perchè assicura il rapido trattamento del lavoratore malato e ne limita il periodo di invalidità; sia perchè sottrae il malato all'ambiente comune, eliminando il reciproco danno e pericolo che esso rappresenta; sia, infine, perchè consente alle altre forme di assistenza e profilassi sociale di trovare la traccia nella quale dirigere la loro azione. Lo spirito di bene è tanto più efficace, e perciò utile, quanto più le sue varie attività si svolgono sinergiche. E questo non è possibile se non con un rigoroso coordinamento e con un potere centrale regolatore, che tutte le attività comanda e fa agire secondo concetti generali uniformi e ben proporzionati alle varie e reali necessità.

Il Regime, che ha affrontato e risolto molti difficili problemi che affaticavano la mente di sociologi e di studiosi, sta dando una graduale soluzione anche al problema assistenziale, che per la sua delicatezza, non comporta cambiamenti bruschi. Intanto si preparano gli Istituti nuovi e si migliorano gli attuali, cosicchè il coordinamento auspicato troverà il materiale già pronto.

Noi assistiamo nelle varie Nazioni, dove il concetto dell'assistenza è più progredito, al sorgere di Associazioni Ospedaliere Nazionali, in cui sono fusi nel comune intento sanitari, amministratori, legislatori. Ecco confederarsi queste Associazioni Nazionali in un complesso internazionale che può raccogliere quanto nelle varie Nazioni si fa. Oggi l'Italia sta riordinando e potenziando tutte le attività assistenziali, ed accanto alle nuove e feconde forme deve aggiornare questa che è la più antica e che è una gloria tutta nostra dalle sue prime manifestazioni.

A questo IV Congresso, cui partecipano 40 Nazioni, ed il cui Comitato è presieduto da S. E. Spano, coadiuvato dal segretario gen. dott. Edoardo Ligorio, l'Italia non darà solo il contributo della sua ospitalità, ma vi porterà il frutto del lungo studio, della passione ardente con cui tutti coloro che dànno le loro energie alla vita ospitaliera, tendono al perfezionamento degli Ospedali; vi porterà l'espressione di quanto è in tutti: il desiderio di vedere convogliati ad un unico intento e ben proporzionati tutti i mezzi di assistenza, da cui dipende la vita e la prosperità della Nazione.

8º Congresso internazionale di medicina e di farmacia militari.

Ricordiamo che si terrà dal 27 giugno al 3 luglio a Bruxelles, in coincidenza con le Giornate Mediche. Il precedente congresso, adunatosi a Madrid, ha posto all'ordine del giorno i temi seguenti: Principî d'organizzazione e di funzionamento del servizio di sanità nella guerra di montagna, relatori: Romania, Italia; Determinazione dell'attitudine alle diverse specialità delle armate di terra, di mare e dell'aria, relatori: Romania, Francia; Sequele delle ferite all'addome, relatori: Romania, Stati Uniti; Ricerche aventi per scopo l'unificazione dei metodi d'analisi degli alimenti e delle bevande destinati al soldato, relatori: Romania, Cecoslovacchia; Cure bucco-dentarie nelle formazioni avanzate, relatori: Romania, Lituania; Studio comparativo delle attribuzioni dei Servizi amministrativi sanitarî nelle diverse armate di terra, di mare e dell'aria, relatori: Romania, Cile. Sono in programma feste ed escursioni. Per informazioni e per le iscrizioni rivolgersi a: secrétariat du Congrès de médecine militaire, Inspection du Service de santé de l'armée, Bruxelles.

1º Congresso internazionale di gastro-enterologia.

Ricordiamo che avrà luogo dall'8 al 10 agosto a Bruxelles.

È desiderabile che anche i medici italiani intervengano numerosi a questo Raduno, la cui importanza è dimostrata dalla partecipazione ad esso di tutti i più illustri cultori di questa materia da tutti i paesi del mondo.

Data la necessità di allestire e di pubblicare in tempo utile l'elenco delle comunicazioni, e la difficoltà di provvedere efficacemente alla organizzazione del Congresso, in considerazione anche della grande affluenza che è prevista in quell'epoca per la coincidenza della Esposizione internazionale di Bruxelles, s'invitano i medici italiani che desiderano partecipare al Congresso ad inscriversi al più presto indirizzando adesioni e titoli delle comunicazioni al Segretario del Comitato italiano, prof. Paolo Alessandrini, primario dell'Ospedale di S. Spirito in Roma, entro il 15 maggio.

L'idoneità alla voga e al nuoto prescritta per i medici di bordo.

Per un accordo intervenuto fra la Federazione nazionale fascista della gente del mare e il C.O.N.I., in applicazione del R. Decreto 25 maggio 1931 e dell'art. 13 del successivo Decreto Ministeriale 11 luglio 1931, il C.O.N.I. ha autorizzato, con le modalità prescritte dalla Federazione competente, le Società sportive nazionali dipendenti dalla Reale Federazione italiana di canottaggio e dalla Federazione italiana di nuoto, ad espletare il servizio di accertamento della idoneità al nuoto e alla voga prescritta per i medici di bordo, in quanto marittimi: ciò allo scopo di facilitare la relativa anno-

tazione sul libretto di matricolazione marittima ai medici che non risiedono in città sedi di Capitanerie di Porto.

Le richieste per gli accertamenti da parte degli interessati debbono essere indirizzate al C.O.N.I. in Roma, via dello Stadio 14, in carta libera, complete delle generalità e del domicilio del richiedente. Il C.O.N.I. a sua volta, ordinato l'accertamento e ricevuta la dichiarazione di idoneità da parte della Società appositamente delegata, rilascerà gratuitamente il certificato richiesto, valido per ottenere la relativa annotazione sul libretto di matricolazione marittima in conformità delle recenti disposizioni.

Attività dell'Istituto di Odontoiatria di Roma.

A cura dell'Istituto Superiore di Odontoiatria è stata pubblicata la relazione che il direttore ha redatto sull'attività svolta dall'Istituto dal 31 gennaio 1934 al 31 gennaio 1935. Si rileva dalla relazione come l'Istituto continui a svolgere la sua attività su una vastissima popolazione scolastica proveniente da moltissimi Asili, Scuole primarie e secondarie di tutti i quartieri di Roma, nonchè dei suburbi.

Nel periodo in esame la profilassi e la terapia è stata rivolta a 58 Scuole, contro 46 nel periodo precedente. I bambini affluiti da queste Scuole sono stati 16.840 e quelli venuti liberamente 9572, contro rispettivamente 12.370 e 6084 nell'anno antecedente. Gli adulti che usufruirono delle cure dell'Istituto furono 870, invece di 1109, quali risultarono nel 1933-34.

Il totale delle visite eseguite dal 31 gennaio 1934 al 31 gennaio 1935 è stato di 81.066, su un numero totale di pazienti di 27.282. Dall'esame del lavoro svolto si è constatato che, sia il numero dei pazienti, sia le prestazioni terapeutiche sono in notevole aumento.

Commemorazione di Bilancioni.

Nell'aula della R. Clinica Otorinolaringoiatrica di Roma ha avuto luogo la commemorazione del prof. Guglielmo Bilancioni. Oratore ufficiale è stato l'on. prof. Giuseppe Vidau. Erano presenti il prof. Basile, direttore generale della Sanità pubblica, il prof. Pecori, direttore dell'Ufficio d'igiene di Roma, il prof. Busi, preside della Facoltà medica, il prof. Carducci e il comm. Spano per gli Ospedali, i senatori Sanarelli e Valagussa, i proff. Frugoni, Vernoni, Puntoni, Dalla Vedova, Perez, Bonanni, Galli, un denso gruppo di primari medici e chirurgi, uno stuolo di medici, molti aiuti ed assistenti clinici ed ospedalieri, il personale medico della Clinica Otoiatrica e del Reparto Otologico degli Ospedali Riuniti. Il nostro giornale era rappresentato dal prof. Pozzi.

Per la famiglia erano presenti i figli: Giorgio e Giulio con la sig.na Biasini, cognata del prof. Bilancioni. Intervennero alla cerimonia numerosi estimatori e beneficati dall'illustre Scomparso.

L'on. prof. Vidau con commossa parola ha rievocato la nobile ed eletta figura di Scienziato e di Medico di Guglielmo Bilancioni, la cui vita fu tutta dedicata ai più alti ideali della Scienza, dell'Arte e della Patria. L'oratore ha illustrato l'attività strettamente scientifica di Guglielmo Bilancioni e quella non meno importante di cittadino e di professionista che fa considerare la personalità dell'illustre Maestro sotto un aspetto profondamente umano ed altamente patriottico. Il prof. Bilancioni fu anche un fascista fervente e convinto.

Il prof. Dalla Vedova invita ad un minuto di raccoglimento e fa l'appello fascista di Guglielmo Bilancioni.

Azioni giudiziarie.

Un medico e un radiologo di Lione avevano avuto in cura un soggetto che era stato impallinato a una gamba; i pallini furono estratti, ma insorse una grave radiodermite, che rese necessaria l'amputazione della gamba. In prima istanza era stato condannato il medico ed assolto il radiologo; la Corte d'appello di Lione ha ora assolto il medico e condannato il radiologo, a 100.000 franchi di danni e interessi.

Il dott. Niquet, di Lambesart (Lilla), aveva rilasciato una fattura quietanzata fittizia ad un operaio assicurato, mettendolo in grado di riscuoterne indebitamente l'importo. Il Consiglio di famiglia dei medici, venutone a conoscenza, sospese il medico per tre mesi dall'esercizio presso le assicurazioni sociali. Il presidente del sindacato dei medici, Julien Vanverts, e il presidente della Cassa d'assicurazioni, André Vallaert, dettero grande pubblicità al fatto, per mezzo di avvisi distribuiti a mano ed in parte affissi nelle officine. Il dott. Niquet, giudicandosi diffamato, intentò causa contro i due colleghi. Il Tribunale di Lilla ha assolto i due prevenuti ed ha condannato il Niquet a corrispondere, a ciascuno di essi, 500 franchi di danni e interessi. La Corte d'appello di Douai ha confermato il giudizio e raddoppiato l'importo dei danni e interessi.

Un medico russo rifugiatosi a Parigi, dott. Constantin Sagateloff, non fornito del diploma francese, è stato perseguito giudiziariamente, per esercizio abusivo. Dal dibattimento è risultato che in Francia l'esercizio dei medici profughi dalla Russia, non forniti del diploma francese, viene tollerato, purchè si limiti ai compatrioti, mentre il prevenuto aveva esteso la sua attività. Il Tribunale correzionale della Senna lo ha condannato a 300 franchi d'ammenda, a 1000 franchi di danni e interessi, da corrispondere al Sindacato medico, e all'interdizione dell'esercizio della medicina in Francia.

Un po' dovunque.

Si è svolto a Torino, presso l'Ospedale Maggiore di S. Giovanni, il 1° Congresso internazionale sull'anestesia e l'analgesia, organizzato dalla Società italiana di anestesia, sotto la presidenza del prof. O. Uffreduzzi. Ne riferiremo in un prossimo numero.

Il 25 aprile ha avuto luogo a Milano la riunione internazionale indetta dalla Accademia Medica Lombarda, dedicata allo studio delle onde corte. Seguì la Giornata Medica, dedicata alla Fiera; v'intervenne l'on. Morelli. Il prof. Piccinini tenne una conferenza sui « Problemi odierni di cultura medica nell'Italia Fascista ». I convenuti furono ricevuti dal podestà, duca Visconti di Modrone. In serata, al Teatro del Dopolavoro Tramviario venne rappresentata una commedia musicale del prof. Baslini.

La Società Medica del Friuli si è adunata il 18 aprile, sotto la presidenza del prof. A. Varisco.

Sono state fatte comunicazioni dai soci: G. Pieri, G. Comessatti, V. Gualdi, D. Bettini, G. Minciotti, L. Zilotti, B. Pittoni.

La Società Medico-Chirurgica Bergamasca si è adunata il 30 aprile, sotto la presidenza del prof. D'Alessandro; sono state fatte comunicazioni dai soci: Orlandi, Curiale, Rossi, P. B. Zanetti.

Si è adunato a Bari il Comitato direttivo della Sezione apulo-lucana della Lega italiana d'igiene e profilassi mentale, sotto la presidenza del rettore dell'Università, prof. Mariani.

Alla Fiera di Milano si è organizzata la Prima Mostra Nazionale corporativa dei prodotti erboristici e del sottobosco e si è tenuto, il 25 aprile, un convegno sulle piante officinali.

Dal 7 al 18 maggio viene svolto a Torino un corso di cultura medica organizzato dalla Sezione Sanitaria dell'A. F. P. I. in accordo con il Sindacato Medico di Torino.

Si tiene a Roma (nel salone di piazza Venezia 11) un ciclo di conferenze di cultura sanitaria militare, organizzate dal prof. Perez, commissario del Sindacato Medico di Roma, con l'adesione e la collaborazione della Direzione generale di Sanità militare. La prima conferenza è stata fatta il 19 aprile dal prof. U. Reitano su « L'incognita della guerra microbica »; seguirono e seguiranno conferenze del magg. med. prof. Giorgi (29 aprile), del magg. med. Ferri (30 aprile), del ten. med. colonn. Pellegrini (6 maggio), del magg. med. prof. Cassinis (13 maggio), del magg. med. Bianchini (20 maggio), del magg. med. prof. Sarnelli (17 maggio) e del ten. col. Bassi (3 giugno).

Il 4 maggio il prof. Paul Liebesny, direttore del Reparto di Fisiologia negli Ospedali di Vienna, ha tenuto nell'aula della Clinica Medica di Roma una conferenza su « Le basi e i risultati terapeutici della irradiazione atermica con le onde corte ». La conferenza, accompagnata da proiezioni e da un film illustrativo, ha suscitato grande interesse nel foltissimo uditorio e l'O. fu vivamente applaudito.

Il Bollettino ufficiale del Ministero dell'Educazione Nazionale ha pubblicato (Parte I, n. 14) i nuovi statuti di numerose Accademie e Istituti d'alta cultura, il cui ordinamento è stato di recente riformato in base ai nuovi principî di adeguazione degli Enti al nuovo clima e alle rinnovate esigenze della vita nazionale.

Il Governatore di Roma ha visitato la sede del Comitato Centrale della Croce Rossa Italiana, ricevuto dal Presidente Generale, senatore Cremonesi, esprimendo il suo compiacimento per l'opera proficua che l'Associazione svolge nel campo della solidarietà umana.

Con Decreto ministeriale pubblicato il 3 maggio dalla « Gazzetta Ufficiale » vengono classificate 48 stazioni di cura, soggiorno e turismo. Con altro Decreto viene revocato il riconoscimento di 11 stazioni.

Con Decreto pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale », su proposta del Ministero dell'Educazione Nazionale, viene disciolta la Federazione Stomatologica Italiana.

Ai primi di aprile venne approvato il progetto esecutivo del nuovo ospedale generale di Praga, nel quale sono allegate le cliniche della Facoltà medica tedesca. Attualmente la grande Praga dispone di 5000 posti-letto; si pensa di elevarne il numero di 3000-5000.

Sono anche in costruzione le cliniche per la Facoltà medica ceca a Mottol; formano un nuovo ospedale di 1300 posti-letto.

Il sig. Walter G. Ladd ha legato oltre 10 milioni di dollari (pari a 120 milioni di lire it.) per beneficenze varie (ospedali, università, collegi, un convalescenziario, l'insegnamento post-universitario ecc.) negli Stati Uniti.

In seguito ad accordi intervenuti fra il sen. prof. Alessandro Lustig, presidente dell'Opera nazionale invalidi di guerra, e la direzione dell'Istituto per i grandi invalidi nervosi di guerra in Arosio, presso tale Istituto è stata iniziata la « cura bulgara » per i postumi parkinsoniani degli encefalitici di guerra, metodo di cura cui s'interessa vivamente S. M. la Regina.

Il 4 marzo venne inaugurata a Melbourne la nuova sede del Reale Collegio Australasiatico dei Chirurgi, in un edifizio proprio.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha stabilito il tema per l'assegnazione del premio biennale Alberto I di Monaco, dell'importo di 100.000 franchi; esso riguarda l'anafilassi. La scelta del tema equivale alla designazione del premiato, che sarà evidentemente il prof. Arthus.

Il Museo tedesco d'igiene con sede a Dresda ha organizzato un'esposizione viaggiante d'igiene, che si limita agli studi sulle razze, alla tutela delle razze ed alla politica razziale.

Lo stesso Museo d'igiene ha organizzato un'esposizione ambulante intitolata « Donna sana - popolo sano »; ha visitato alcune città della Norvegia.

Si è celebrato il 35° anno di attività scientifica e didattica del prof. Kontchalovsky, direttore della Clinica medica di Mosca, noto per i suoi lavori sull'achilia, sulle affezioni del fegato e della milza e per numerosi studi sul reumatismo; è anche autore di un trattato sulle malattie interne.

Si è iniziata ad Avana la pubblicazione degli « Archivos de Medicina Interna », diretti dai proff. L. Ortega Bolaño, C. Inclán Costa e P. A. Castillo, a periodicità bimestrale; il primo fascicolo, di 158 pagine, ricco di illustrazioni, in ottima veste tipografica, contiene ben 10 lavori originali, una rivista e numerose recensioni. L'abbonamento annuo importa 3 dollari. Indirizzo: Perseverancia 52 (Apartado N. 113), Habana, Cuba.

Come segretari di redazione dell'« Archiv für Klinische Chirurgie » sono subentrati i proff. A. Bochard e O. Nordmann al prof. Körte, il quale lascia il posto, in età di 82 anni, dopo averlo tenuto per varî decenni.

Una commissione di studenti francesi dell'Università di Parigi, condotta dal decano prof. Roussy, si è recata dal ministro dell'Educazione Nazionale, Mallarmé, per rinnovare le proteste contro l'invasione di studenti stranieri ed esporre le proprie rivendicazioni.

Un'ordinanza del Ministero del lavoro della Germania stabilisce che la designazione di « odontotecnico » debba essere sostituita da quella di « dentista », aderendo così a un vecchio desiderio della classe.

La Repubblica di El Salvador, seguendo l'esempio già dato dal Venezuela, ha fatto stampare dei francobolli che raffigurano una zanzara malarifera circondata dalla scritta: « Aiutare la Direzione Generale di Sanità a sterminare la zanzara che trasmette la malaria e altre malattie ».

Il Governo della Cina ha stabilito di far stampare dei francobolli per la raccolta di mezzi da destinare alla lotta contro il cancro: costruzione di ospedali speciali e acquisto di sostanze radioattive.

La Commissione canadese per la radio, in cooperazione col Dipartimento (Ministero) delle Pensioni e della Salute Nazionale, ha intrapreso la disciplina delle radio-diffusioni, per quanto concerne la pubblicità ai prodotti terapeutici speciali. I medici sono stati invitati a denunziare le infrazioni di cui venissero a conoscenza.

Si ha notizia che in Russia, a Murmansk, un'operaia, certa Svetikina, ha dato alla luce, in una volta, 6 figli: 4 maschi e 2 femmine; il *soviet* locale ha affidato a un medico e due infermiere la cura dei neonati e della puerpera ed ha assegnato a questa una pensione di 200 rubli.

A Mosca un digiunatore ha battuto ogni primato, vivendo per 50 giorni con sola acqua; egli è stato assistito e studiato dai proff. Grazenko e Slavin, dell'Istituto Kazanof.

La « Rinasc. Med » reca notizia del dott. Fraccari, sessantenne, che nel curare un favo si toccò inavvertitamente un occhio, con le dita inquinate, onde rimettere a posto le proprie lenti; seguì una setticemia letale.

È morto il dott. CAMILLE-LOUIS-ANTOINE CHAMPETIER DE RIBES, in età di 83 anni. Fu ostetrico all'Hôtel-Dieu di Parigi dal 1897 fino al 1911, quando lasciò il servizio per limiti d'età. La sua tesi di dottorato, « Le passage de la tête fétale dernière à travers les bassins retrécis », pubblicata nel 1879, ebbe effetti rivoluzionari in questo campo dell'ostetricia, e le manovre da lui descritte per liberare dai bacini angusti la testa veniente portano ancora il lui nome. Questo è anche legato al pallone per la dilatazione del canale cervicale. A. P.

È morto a Salisburgo il prof. N. VON ORTNER, che fu clinico medico della Facoltà medica di Vienna, della quale era emerito; è molto noto il suo trattato sulla Clinica delle malattie interne.

M. P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Amer. Med., dic. — E. POWELL. Denutrizione cerebrale. — L. BLUMENTHAL. L'anestesia locale nella tonsillectomia.

Med. Klinik, 18 gen. — A. W. FISCHER. Diagnosi e terapia dei « disturbi emorroidari ». — H. LEHNDORFF. Anemia emolitica.

Surg., Gyn. a. Obst., gen — L. MCKELVEY e H. E. MACMAHON. Tossiemia nefritica cronica nella gravidanza. — B. O. PRIBRAM. Nuovi metodi chirurgici nella colelitiasi. — R. S. SODDALL e al. Isterectomia totale e subtotale.

Semana Méd., 6 dic. — J. M. JORGE e J. R. DIETSCH. Elioterapia. — C. P. MAYER e M. VICTORIA. Trattam. dell'amebiasi intest.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., gen. — C. MENNINGER. Fattori psichici nella genesi del diabete.

Amer. Journ. Med. Sc., gen. — W. B. CANNON. Alterazioni brusche dell'equilibrio interno. — L. M. BAYER e H. GRAY. Trattam. dell'obesità. — H. F. HUNT e al. Eteroproteinoterapia.

Prensa Méd. Argent., 2 gen. — A. J. e G. L. HEIDENREICH. Sindrome digestivo-toracica. — C. F. CÁRREGA CASAFFOUSTH. Trattam. degli itteri.

Brit. Med. Journ., 19 gen. — C. WILSON. Recenti progressi nelle malattie cardio-vascol. — G. W. BRAY. Trattam. dell'asma.

Journal A. M. A., 5 gen. — H. L. BLUMHART e al. Ablazione totale della tiroide nell'angina pectoris. — H. BEERMAN e al. Diossiantranol 1.8. quale sostituto della crisarobina.

Proc. R. Soc. Med., gen. — Discussioni su: evipan, eziologia e trattam. dell'asma, diatermia e onde corte. — Casistica.

Wien. Klin. Woch., 25 gen. —HAMBURGER. L'assuefazione in patologia clinica. — PELLER: Le malattie infettive nell'anamnesi dei cancerosi.

Mediz. Welt, 26 gen. — E. BEINTKER. Industria del ferro e salute. — M. HOCHHEREIN. Circolazione e sport. — F. FISCHLER. Fisiologia e patologia del fegato.

Rif. Med., 19 gen. — A. GANDELLINI. Sulla cosidetta « dieta ricca di idrati di carbonio » nel trattamento del diabete mellito.

Lancet, 26 gen. — W. YORKE e F. MURGATROYD. Problemi biologici nella chemoterapia. — A. M. CLARK e R. CRUICKSHANK. Trattam. delle scottature.

Deut. Med. Woch., 25 gen. — Numero di ostetr. e ginec.

Nutrition, 4. — Numero sul tema: movimento e nutrizione.

Presse Méd., 26 gen. — R. LERICHE e al. Osteogenesi eterotopa. — R. DEBRÉ e al. La steatosi polmonare. — L.-M. PAUTRIER. La malattia di Besnier-Boeck.

Mediz. Klinik, 25 gen. — W. NONNENBRUCH. Le azotemie.

Medic. Ibera, 26 gen. — R. BERTOLOTY e L. HERRÁZ. Immunizzaz. attiva nella blenorragia mediante gonococchi vivi.

Minerva Med., 27 gen. — S. CITELLI. Alterazioni ipofisarie negli adenoidei. — C. MALPELI. Aderenze e pseudo-aderenze diaframmatico-polmonari.

Journ. A. M. A., 12 gen. — A. J. LANZA e al. Intossicazioni da piombo. — C. S. BECK. Contusione cardiaca.

Medic. Contemp., 1. — F. MICHELI e M. LUPO. Superinfezione tbc. — O. UFFREDUZZI. Trasfusione di sangue puro.

Indice alfabetico per materie.

A. Pozzi, Resp.

C. FRUGONI, Red. capo.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 20 Maggio 1935 - XIII Num. 20

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ
« BENITO MUSSOLINI » IN BARI

La cura bulgara di alcuni postumi di encefalite letargica.

Prof. LUIGI FERRANNINI, direttore.

Di quel che va sotto il nome di cura bulgara dei postumi parkinsoniformi dell'encefalite letargica od epidemica si è fatto banditore da circa otto anni un erborista bulgaro, Ivan Raeff di Chipka; ma pare che essa da molto tempo fosse popolare in Bulgaria come da noi era di uso corrente, per quanto poco soddisfacente, quello delle tropeine in tali casi. Dico tropeine in genere, perchè, per quanto l'una o l'altra di esse sia talvolta preferita, si sa che gli alcaloidi della belladonna dello giusquiamo e dello stramonio nelle soluzioni si sdoppiano facilmente in acido tropico e nella base tropina o scopolina; e, siccome l'acido tropico contiene un atomo di C asimmetrico, di ciascuna tropeina si hanno tre isomeri: uno levogiro (il solo attivo sull'innervazione autonoma), uno destrogiro, ed uno otticamente inattivo. L'atropina ordinaria, mescolanza di alcaloide levogiro e destrogiro, ha un'attività farmacologica media come la sua metà levogira che è identica alla giusquiamina o josciamina. Questa è forma labile e tende a trasformarsi in atropina che è la forma stabile; e presenta tutte le reazioni dell'atropina, dalla quale differisce: per il punto di fusione (108°,5 per la josciamina e 115°,5 per l'atropina), e perchè volge a sinistra la luce polarizzata mentre l'atropina è otticamente inattiva. Ed è perciò che nelle radici adulte di belladonna si trova alquanta atropina; mentre quelle giovani contengono solo josciamina, la quale però col tempo si trasforma in atropina.

Il Raeff non ha precisato, per quanto io mi sappia, gl'ingredienti della sua cura: si parla genericamente di radici di una varietà bulgara e non coltivata di belladonna; ma nella Flora bulgara di Velennoski, come in quella recentissima (1933) di Stojanoff e B. Stefanoff e nella Flora di Rumania di Grece, non v'è notizia di varietà speciali di belladonna.

Raeff invia due specie di radici una polvere nera e delle pillole, ed indica ciascuna cosa soltanto con un numero progressivo.

Base della cura è la radice n. 1. Essa è abbastanza differente dalla radice di belladonna nostrana, *belladonna atropa L.*, che è quasi del tutto inodore, cilindro-fusiforme, ramificata, non molto carnosa, lunga 10-20 cm. e spessa 2-5, solcata da rughe longitudinali più o meno profonde, di color bruno giallastro con tacche bruno-rossiccie trasversali e spesso macchie biancastre longitudinali derivanti da abrasioni del tessuto epidermico; in sezione trasversale presenta un paio di mm. di corteccia biancastra con macchie scure e limitata da uno strato sottile di color bruno intenso che separa la corteccia dal tessuto legnoso interno meno colorato bianco giallicio e quasi poroso, sistema midollare ridotto, ben distinto e poco compatto; è friabile quando è secca.

La radice, che manda Raeff, è ben diversa e contiene varî elementi estranei evidentemente accidentali (frammenti di tessuto vascolare di palma, di altre radici e perfino di legno); è fatta di pezzi interi e non interi, rugosi con tacche gialle orizzontali, di color bianco sporco ed odore intensamente piperino, commisti con alcuni pezzi della zona del colletto e del fusto.

Di altra provenienza, pure bulgara, ho avuto un'altra varietà di radice non del tutto simile a quella di Raeff, pure con forte odore aromatico piperino: pezzi interi, duri, poco rugosi, di color grigio-giallastro uniforme, senza tacche brune nè marezzature biancastre, con corteccia friabile alla scalfittura, tessuti centrali durissimi pietrosi; alla superficie di taglio presentano una corteccia discretamente spessa, colorata in bruno e nettamente limitata da uno strato sottile di tessuto più fortemente colorato; i tessuti legnosi interni sono piuttosto bianchi e presentano in modo chiaro la disposizione raggiata della serie dei vasi, molto più sviluppati che nella belladonna nostrana; il tessuto midollare è ridottissimo. Il campione di questa radice portava scritto *belladonna concisa*, varietà che non ho trovata menzionata tra le tante elencate nei libri di botanica.

Finalmente, come radice di *belladonna vera atropa* acquistata in Oriente, ho ricevuto da un erborizzatore italiano pezzi duri rugosi, di colore grigio-terreo con macchie brune trasversali e marezzature biancastre irregolari nella forma e disordinatamente disposte lungo l'asse longitudinale, con lieve odore di aroma piperino; la superficie di taglio ad occhio nudo presenta una corteccia discretamente spessa, nettamente delimitata da uno strato sottile di color bruno intenso, sistema legnoso molto sviluppato e compatto di tinta bruna più intensa verso la corteccia e meno forte verso il centro della sezione, sistema midollare ridottissimo.

Ignoro perfettamente se tutte queste radici, com'è prescritto, siano state raccolte all'epoca della fioritura da piante selvatiche, liberate dalle parti guaste e fatte asciugare senza decorticarle: quelle indigene anzi portano chiari segni di decorticazione.

Colla radice n. 1, mandata da Raeff, ho fatto la reazione d'indentità per la belladonna: ne ho finamente polverizzato 10 gr., li ho stemperati in latte di calce, ho essiccato la miscela a bagnomaria e quindi l'ho esaurita con etere; il soluto etereo, passato per filtro asciutto, ha lasciato un residuo che, scaldato con alcune gocce di acido nitrico ed evaporato a secchezza, ha assunto un color rosso-violetto fugace per aggiunta di qualche goccia di soluzione alcoolica di idrato potassico, come avviene per la belladonna. Non ho fatto il saggio di purezza per vedere se si ha 15 % di ceneri, com'è per la belladonna; perchè, come ho detto, queste radici sono manifestamente impure.

Siccome in una notizia privata, che mi è riuscito di avere dalla Bulgaria, è detto che Raeff usa radice di belladonna « arricchita con canfora di peronica (*radix iridis*) », ho ricercato la canfora nelle radici suddette. Ho fatto di esse un estratto alcoolico, e, aggiungendovi acqua, ho avuto un precipitato fioccoso che potrebbe essere magistero di canfora. L'eventuale presenza di canfora, se in dose sufficiente, potrebbe rinforzare l'azione antispastica della belladonna; ma nessun autore fa cenno della canfora d'iride, solamente Fluckiger e Hanbury parlano di una canfora che si ottiene dalla distillazione del rizoma di iris.

Con gr. 30 di tale radice ed una polverina nera n. 2 ho fatto una decozione in 600 gr. di vino bianco, bollendo per 10 minuti e poi filtrando a freddo, come prescrive Raeff.

La polverina nera è evidentemente carbone (gr. 0,10-0,15). P. Di Mattei dice che è carbone animale. Quel che ho avuto io sembra piuttosto carbone vegetale impuro: scaldato a 100° perde 4,74 % di peso, ed il carbone vegetale puro non ne perde più di 7 %; lascia 5,37 % di ceneri, mentre il carbone vegetale puro non deve lasciarne più di 2 % e quello animale ne lascia circa 60 %; trattato con acido cloridrico, il liquido filtrato non dà con ammoniaca in lieve eccesso l'abbondante pre-

cipitato gelatinoso bianco di fosfato di calcio che si ha col carbone animale; scaldato al russo brucia con un po' di fumo, mentre il carbone vegetale puro non dà fumo; ridotto in polvere e bollito con potassa 8 % dà un filtrato di color violetto per prodotti catramosi da incompleta carbonizzazione; agitato con alcool da un filtrato quasi incolore, che, evaporato, lascia un residuo (prodotti emipeumatici?). Esso potrebbe avere il compito di decolorare alquanto il liquido e portar via le sostanze mucillagginose; ma ho potuto vedere che dal punto di vista terapeutico l'aggiunta o la soppressione di questa polverina è del tutto indifferente.

La decozione ha un colorito marsala, odore di vino cotto, sapore un po' acre e piperino. Raeff consiglia di darne quotidianamente: 1/2 cucchiaiata ai bambini di 5 anni, 1 cucchiaiata ai bambini di 5-15 anni, 2 cucchiaiate alle persone di 15-25 anni, 5 cucchiaiate alle persone di 25 anni e più.

Ma, siccome egli stesso ed altri parlano di facili fenomeni d'intossicazioni più o meno gravi, ho cercato di stabilirne la dose tossica nel cane: somministrandone fino a 100 cc. per volta non ne ho avuto fenomeni tossici apprezzabili, e non sono andato più oltre in questa determinazione perchè, rapportata al peso dell'animale, la dose di 100 cc. è più del decuplo di quella massima consigliata per l'uomo.

La radice di belladonna, che figurava nella prima edizione della nostra farmacopea ufficiale, nelle edizioni successive è stata soppressa, in ossequio ad accordi internazionali a causa della eccessiva variabilità della quantità di principii attivi, la quale però si ripete pure in tutte le altre parti della pianta come osserva Di Mattei, comprese le foglie che pure son rimaste in tutte le farmacopee, come quelle delle altre solanacee (giusquiamo e stramonio), mentre la radice di belladonna è rimasta solo nelle farmacopee anglo-americane.

Si ritiene che le preparazioni di radici siano due volte più attive di quelle di foglie: nelle foglie si trovano 0,30-0,40 % di alcaloidi e nelle radici 0,60-0.70. Il Di Mattei, che segna una percentuale alquanto più bassa (0,31-0,64), ha trovato 0,49 nella radice bulgara da lui esaminata, e quindi ritiene che questo tasso corrisponda a quello comune di radice di belladonna indigena ed esogena, coltivata e spontanea, ed è assai superiore al minimo (0,30) richiesto per la polvere di foglie secche dall'accordo internazionale del 1930.

Per la polvere di foglie la dose quotidiana massima della farmacopea è 0.40; ma si trova anche scritto che l'estratto fluido ottenuto dalle radici si può dare fino a 0,40 al giorno e la tintura fino a XXV gocce.

La posologia indicata per la decozione 5 % della cura bulgara è di parecchio più alta, perchè ogni 10 cc. di decozione corrispondono a 1/2 gr. di droga; e, siccome si consiglia di darne quotidianamente agli adulti 2-3 cucchiaiate ossia 30-45 cc., si viene a dare il corrispettivo di gr. 1,50-2,25 di droga. Ho cominciato perciò col darne solo 1/2 cucchiaiata per aumentare progressivamente; ma mi son potuto subito convincere della grande tollerabilità del preparato. Sono arrivato così abbastanza presto alle 3 cucchiaiate prescritte come massimo, senz'altro disturbo che non sia stato una lieve secchezza delle fauci ed una discreta midriasi in qualcuno soltanto dei malati, una sola volta c'è stata una fugace confusione di testa, più spesso stitichezza; ma senza apprezzabili modificazioni del polso o delirio ed agitazione, che, insieme colla congestione del volto o maschera da belladonna, costituiscono i sintomi dell'avvelenamento e le istruzioni annesse alla droga indicano come frequenti nei primi giorni di cura, e per i quali esse consigliano molto latte, soprattutto una sorveglianza assidua ed eventualmente anche una riduzione della quantità di decotto. Nulla di notevole si è riscontrato nelle urine, oltre la constatazione della eliminazione dell'atropina con la reazione di Vitale. Nessuna ripugnanza e nessun disgusto hanno mai avvertito i malati.

Le pillole (n. 3), di color bianco sporco, leggermente polverose, grandi quanto un piccolo pisello ma non perfettamente eguali, risultano anche inegualmente costituite di fibre sclerenchimatiche in mezzo a tessuto giallo (sughero?), fibre di altra natura, tessuto corticale con porzioni ritidomatose, tessuto midollare con cellule poligonali, masse di granuli di amido e di cristalli di ossalato di calcio, con notevole quantità di aldeide cinnamica (essenza di cannella, probabilmente polvere di cannella); ma senza alcaloidi (per lo meno senza atropina josciamina scopolamina), mentre si sa che il rizoma di belladonna contiene molto amido ed ossalato di calcio in granuli, senza arsenico antimonio ecc. Le pillole che ha avuto Di Mattei sarebbero composte di mollica di pane con tracce di cannella o noce moscata. Si consiglia di darne una al giorno, al mattino a digiuno, spezzandola o stritolandola per i bambini e facendola seguire da una tazza di latte caldo o the tiglio camomilla.

Finalmente di una radice n. 4 si consiglia di farne inghiottire ogni paio d'ore (5-7 volte al giorno) un pezzo quanto un chicco di frumento, che si può anche masticare prima di inghiottire, ed in tal caso bisogna sciacquar la bocca dopo masticazione; si sconsiglia però di dare questa radice ai bambini al disotto di 10 anni. È rizoma di *acorus calamus L.*, calamo aromatico: pezzi cilindrici o leggermente schiacciati, lunghi 5-10 cm. e spessi 1-3, alquanto incurvati, giallo-bruni e rugosi all'esterno, bianchicci e spugnosi all'interno, con cellule oleifere, di odore leggermente aromatico e sapore prima assai disgustoso inqualificabile e poi molto amaro. Io ritengo perciò che nella cura bulgara questo rizoma possa servir solo per provocare una secrezione di saliva, ovviando al prosciugamento della mucosa orale determinato dalla belladonna.

Ecco così abbastanza diradato il mistero della cura bulgara.

Con questi mezzi essenzialmente sono stati trattati una dozzina di malati di postumi di encefalite letargica, che ho potuto raccogliere in Clinica.

Le altre raccomandazioni che si fanno per la cura bulgara hanno scarsa o nessuna importanza: così, ad esempio, il consiglio di somministrare olio di fegato di merluzzo in inverno ai soggetti deboli, di dare un purgante di olio di ricino o di sale inglese o fare un enteroclisma di acqua saponata in caso di stitichezza, di far muovere gli ammalati e non somministrar loro altre medicine, di somministrare la decozione la notte dopo il primo sonno quindi svegliando a bella posta gl'infermi, di evitar loro ogni eccitazione, di farli decombere il meno possibile sul lato sinistro e mai sul dorso, di far fare loro in estate dopo pranzo per 10 minuti un bagno in acqua riscaldata al sole, di proibir loro il pesce e dar solo carni bianche tra le quali poi è annoverata anche quella di vacca!

Io mi son limitato ad aggiungere il massaggio.

Lungi dall'idea o dalla speranza di ottenere una guarigione in una malattia cerebrale organica a carattere distruttivo, la cura bulgara è soltanto una cura di recupero come per il primo ha giustamente detto Panegrossi; ma generalmente fornisce buoni risultati nei riguardi della sintomatologia più molesta del parkinsonismo e sopratutto per quanto riguarda la rigidità e tutti i fenomeni da essa dipendenti, sempre, beninteso che non siano subentrati degenerazioni muscolari e deformazioni osteo-articolari-indelebili.

Io ho assunto in cura infermi pressochè immobili, non più in condizioni di prender cibo con i propri mezzi; e questi individui dopo qualche settimana ed anche meno di cura hanno raggiunto la possibilità di camminar quasi bene, di potersi alimentare senza bisogno di essere aiutati, di parlare in modo da lasciarsi facilmente intendere. Cito a tal proposito il caso di una donna ammalatasi nel 1926 e ridotta pressochè immobile: essa all'inizio della cura poteva con i muscoli della faccia arrivare al massimo a fare quanto appare dalla fig. 1, e dopo 25 giorni di cura arrivava a fare quanto risulta dalla fig. 2 che indica pure una espressione del volto assai più viva. E ricordo ancora il caso di una distonia post-encefalitica, studiato già da Poppi e Renzetti, in soggetto di 23 anni che ha avuto una tipica encefalite letargica 10 anni fa e dopo 4 anni ha cominciato ad avere ipertonia muscolare con parola monotona e lenta ridotta quasi inintelligibile ed una particolare distonia interessante solo il cammino in avanti, disturbi tutti che sono notevolmente migliorati dopo qualche settimana di cura.

Assai meno invece d'ordinario si è modificato il tremore.

È di molto migliorata la scialorrea ed egualmente è molto e ben presto migliorato lo stato subiettivo degli infermi, il cui morale si è sollevato alla constatazione del primo miglioramento.

Il miglioramento è stato sempre progressivo, non è mai regredito, di solito è cominciato sollecitamente ed è poi proceduto lentamente, talvolta ad un certo punto si è arrestato. La sospensione della cura per qualche settimana non ha per nulla compromesso i vantaggi raggiunti; e Panegrossi, che vanta un'esperienza più lunga, assicura che anche la interruzione di qualche mese non fa perder nulla del miglioramento già conseguito.

S'intende che l'entità del vantaggio è sempre proporzionale alla gravità della lesione, alla durata della malattia, ed all'intensità della cura.

Questa giova non solo nei casi di parkinsonismo post-encefalitico stabilizzato, ma pure in quello ancora evolvente secondo Panegrossi; e c'è pure da vedere se è utilizzabile altresì nel morbo di Parkinson ed in altre forme di rigidità e di spasmo.

Pare anche a me, come a Panegrossi che questa cura sia controindicata quando le condizioni generali dell'infermo sono molto scadute, quando vi sono disturbi mentali special-

mente di eccitazione, quando il processo morboso è ancora in piena attività, quando la funzione cardiaca epatica e renale sia compromessa.

Io ho appena iniziato qualche prova con la radice di belladonna indigena, e mi pare che questa fornisca gli stessi risultati di quella bulgara. Continuerò le osservazioni; perchè non ritengo che il pregio principale della droga, dal punto di vista nostro, debba essere la sua ricchezza in principii attivi, dato che questa può essere compensata con la posologia. Io non so se le solite condizioni di terreno, di località, di fattori meteorologici, d'insolazione, di età della pianta, di epoca della raccolta, oltre il grado di disseccamento, possano avere importanza dal nostro punto di vista; benchè come ricorda il Di Mattei, la belladonna coltivata in pianura abbia fornito la stessa quantità di alcaloidi di quella delle colture submontane e montane: e tutto questo ed anche quanto ho detto prima può riguardar pure l'uso delle foglie in sostituzione della radice. Senza dubbio a molti inconvenienti ovvierebbe l'uso dei princìpi attivi, che sono meglio dosabili; ma bisogna vedere se questi princìpi attivi sono solo quelli che noi conosciamo (le tropeine di cui ho detto innanzi), e se non metta conto piuttosto di avere dei preparati globali che contengano tutto quello che la droga può dare e non le sole tropeine note, come si fa per la digitale l'oppio la segala ecc. Infatti dall'atropina dalla josciamina dalla joscina si ottengono in casi simili non grandi vantaggi, o per lo meno non tali da esser paragonati per intensità e durata a quelli che si ottengono con decotto di radice. Noi generalmente non arriviamo alle dosi iperboliche di atropina alle quali si giunge in Germania ed altrove (progressivamente fino a 24 e e più mmgr. al giorno), colle quali Roemer ed altri han potuto ottenere notevoli risultati nel 60 % dei casi. In Italia solo eccezionalmente si è arrivato a 10 mmgr. al giorno, e dovunque si è constatato che così anche la sospensione di un sol giorno basta a far perdere quanto colla atropina si è potuto guadagnare. E, se si tien conto che la cura atropinica viene a costare assai di più di quella fatta con radice di belladonna, si può concludere che quest'ultima realizza quanto di meglio si possa oggi sperare.



FIG. 1.



FIG. 2.

La grande paura che si aveva di questa cura risulta in linea di massima ingiustificata; ma senza dubbio non è questa una cura che può essere impunemente e spensieratamente affidata ai malati: occorre per lo meno iniziarla in apposito luogo di cura specialmente per gli inconvenienti che possono derivare dalle proporzioni assai variabili dei princìpi attivi nella droga, dalle dosi alte cui bisogna giungere e dalla diversa tolleranza dei malati.

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver dettagliatamente descritto la cura bulgara dei postumi parkinsoniformi dell'encefalite letargica, riferisce i notevoli vantaggi ottenuti con questa terapia in una dozzina di pazienti specialmente per quanto riguarda la rigidità muscolare, la scialorrea, lo stato subbiettivo, mentre soltanto il tremore ha risentito poco l'effetto della cura. Con detta terapia in nessun caso ha avuto inconvenienti di sorta.

Infine l'A. riferisce che ha incominciato delle prove con la radice di belladonna indigena, e pare che questa fornisca gli stessi risultati di quella bulgara.

LAVORI ORIGINALI

Ancora sul "Triangolo„ da me indicato per la frenico-exeresi alta cervicale, o epi-omo-ioidea.

Prof. Dott. Silvestro Bile
libero docente di Anatomia M. Chirurgica nella R. Università di Napoli.

Avendo avuto la possibilità di praticare ancora in quest'anno oltre dieci *frenico-exeresi* nella mia casa di salute in Abruzzo, oltre le 51 operazioni che ho espletato dal 1925 al 1933, mi permetto di nuovo insistere sull'*area triangolare* da me indicata in una precedente nota (1) per aggredire agevolmente e sicuramente il segmento cervicale del N. frenico, (*frenico-exeresi alta*), senza menomamente rasentare quei pericoli gravi che col metodo basso possono avverarsi e mutare l'intervento da semplice, quale è, in una operazione seria e difficile.

Il Berard e altri infatti consigliano di ricercare il nervo nel tratto ipo-omo-ioideo (cioè a dire al disotto dell'omo-ioideo), senza tener conto, a mio avviso, di non poche difficoltà. A mezzo dell'anestesia novocainica locale questo operatore infiltra una piccola zona cutanea in senso parallelo alla clavicola e corrispondente al 2° e al 3° quarto della lunghezza della medesima e distante dalla sua faccia superiore un 4 cm. Incisi i tegumenti e riconosciuti il *m. sterno cleido-mastoideo, la vena giugulare esterna e il m. omo-ioideo*, stira medialmente il capo clavicolare del primo muscolo lacerando a piccoli tratti la fascia cervicale media. Asportato il connettivo e qualche linfoglandola in esso contenuta, si scovre gradatamente l'estremo distale del *m. scaleno anteriore*, il quale rimane ancora ricoverto dalla sua aponevrosi, attraverso la quale, secondo il Berard trasparirebbero, in senso medio-laterale: *l'arteria cervicale ascendente, la branca discendente del nervo ipoglosso* (?) *infine il tronco del nervo frenico, lateralmente al quale, decorre il plesso brachiale.*

A mio modesto avviso io credo che ben altre sono le difficoltà e i pericoli che sorgono allorquando si vada a ricercare il nervo frenico nel suo ultimo tratto cervicale. In primo luogo la ferita mal si lascia divaricare e vi è di necessità l'allacciatura della vena giugulare esterna che, per la sua presenza, dà fastidio e potrebbe lacerarsi nelle ulteriori manovre; *in secondo,* innanzi allo scaleno anteriore (suo tratto distale) decorre, incrociandolo, l'arteria *soprascapolare o trasversa della scapola,* la quale, non solo ha un discreto calibro, ma non svolge quasi mai il suo decorso trasversale alla stessa altezza della clavicola, potendo avvicinarsi a questa fino a starle secondo lo stesso piano, o a volte, allontanarsene per 2 a 3 fino a 5 cm., e capitare in pieno campo operatorio! La sua ferita se non è pericolosa è sommamente emozionante e fastidiosa per la notevole emorragia che si potrebbe riferire a lesione della succlavia, e per la sua allacciatura, che deve essere praticata con diligenza onde non ferire (specie se il vaso è vicinissimo alla clavicola) la grossa vena succlavia.

E *ancora*: spessissimo il nervo frenico abbandona il margine mediale del m. scaleno anteriore ad un livello alquanto alto, e allora la sua ricerca oltre a riuscire indaginosa potrebbe essere seguita da una lesione del versante anteriore della cupola pleurica innanzi alla quale esso decorre.

Inutile pensare di poter identificare per *frenico* la *branca discendente del n. ipoglosso*, per dato e fatto che al disotto dell'omoioideo non v'è più ansa dell'ipoglosso, arrestandosi essa o al di sopra o a livello del tendine intermedio del muscolo citato. La figura riportata nella *Pratique chirurgicale illustrée* del Pauchet è quindi completamente errata.

E non basta, perchè la ricerca del frenico vicino alla clavicola, importerebbe la probabile lesione della grossa vena succlavia e quella (se si opera a sinistra) della *pars descendens del Ductus thoracicus* (1) con le gravi conseguenze che facilmente s'immaginano.

(1) Bile. *La collassoterapia chirurgica a mezzo della frenico-exeresi, associata alla resezione dello scaleno anteriore.* Rivista italiana di Terapia, 1934.

(1) Bile. *Contributo alla topografia della pars cervicalis del Ductus thoracicus in rapporto alla pratica.* Ricerche di morfologia, 1922.

Non val quindi la pena, secondo il mio modesto modo di vedere, che si assalga il nervo frenico nel suo tratto distale per incorrere in tanti gravi pericoli e mutare un intervento semplicissimo in uno molto difficoltoso. Val meglio, io credo, ricercare il nervo nel suo tratto prossimale o *epi-omo-ioideo* per maggiore facilità e sicurezza di riuscita.

Ecco come mi sono sempre regolato nelle mie 66 operazioni, tra *frenico-exeresi*, e *frenico-exeresi associata alla resezione dello scaleno anteriore*.

TECNICA.

Situato l'infermo in decubito supino, faccio applicare al disotto delle regioni scapolari un rotolo di tovaglie o un cuscino cilindrico.

Invito il paziente (o la paziente) a girare bene il collo dalla parte opposta alla quale deve espletarsi l'intervento, e a stenderlo fortemente. Prima di applicare i pannilini sterili, per isolare il campo e, previa disinfezione della pelle ad alcool acidulato (meno irritante della tintura di iodo), palpo col polpastrello dell'indice il tubercolo di Chassegnach, e una specie di *corda dura e resistente* lungo il margine laterale del m. sterno-cleido-mastoideo e ad esso più profondo, e che rappresenta il decorso del m. *scaleno anteriore*. Tale chiarissima resistenza viene avvertita bene se si pensa che i due muscoli suddetti fanno scalino fra di loro, formando uno stretto interstizio attraverso il quale si insinua *l'arteria trasversa della scapola*, la grossa *vena succlavia* e la *pars descendens* del *Ductus thoracicus*.

Traccio allora sulla cute già preparata la linea del taglio, servendomi di un minuscolo batuffolo di ovatta imbevuto in tintura di iodo e montato su di un Klemmer per aver facilitata la ricerca del nervo. Tale linea incomincia poco al disopra del tubercolo di Chassegnac e si porta in basso per la lunghezza di 3 o 4 cm. rimanendo equidistante tanto dal margine laterale dello sterno-cleido-mastoideo, quanto dalla vena giugulare esterna che risalta benissimo in simili ammalati.

Applicati i pannilini, infiltro, con poche gocce di novocaina Wassermann la cute corrispondente alla linea tracciata e incido fino alla fascia cervicale superficiale.

Incisa questa, sento bene in profondità la resistenza dello scaleno anteriore e metto bene in luce il decorso del muscolo omoioideo, il quale rappresenta il limite inferiore del triangolo da me descritto per la frenico-exeresi alta (1). Asportato il connettivo sottostante il quale è di consistenza dura e alquanto aderente, asporto con esso le eventuali linfoglandole che vi si trovano. Si presenta allora allo sguardo la caratteristica lucentezza e il caratteristico colore madreperlaceo della aponevrosi prescalenica sotto della quale, per trasparenza, si intravede il decorso del nervo frenico, obliquo in basso e medialmente, e, il decorso del V° nervo cervicale obbliquo in basso e lateralmente in modo da formarsi, per la divergenza dei due nervi, un *Y* aperto caudalmente. Incisa per qualche cm. la fascia prescalenica, carico su di uncino comune il nervo stesso, facendo cauti movimenti di va e vieni in senso verticale, per interrompere quelle poche aderenze connettivali che lo mantengono fissato alla superficie anteriore del muscolo scaleno.

Sollevato così cautamente il nervo, dalla superficie muscolare, lo stringo gradatamente a mezzo di un comune Klemmer, per suscitare all'infermo quel caratteristico dolore al petto e al moncone della spalla che mi assicura maggiormente sulla identità del nervo ricercato, il quale potrebbe venire, in alcuni soggetti, scambiato per la branca discendente del plesso cervicale profondo formante l'ansa dell'ipoglosso.

Sollecitamente interrompo con un colpo di forbici il nervo frenico, quanto più in alto è possibile e con la nota manovra di Felix ne estirpo il segmento distale (per 10 o 12 cm.) avendo cura però di interrompere le poche aderenze con gli organi vicini, mercè un minuscolo batuffolo di ovatta e facendo tenere, per maggiore facilità, sollevato in avanti da un assistente il m. omoioideo. In tal modo si può ottenere una maggiore lunghezza di nervo estirpato e si controlla abbastanza bene la manovra di avvoltolamento.

In ultimo riunisco la breve incisione con qualche ciappa di Michel e qualche punto al catgut.

Il risultato estetico è ottimo. Infatti dopo qualche mese appena, la minuscola cicatrice si presenta quasi invisibile e non presenta alcuno accartocciamento, come deve certamente succedere allorquando si usa l'incisione trasversale, la quale interrompe le fibre del pellicciaio perpendicolarmente alla loro direzione.

RIASSUNTO.

L'A. espone i vantaggi della frenicoexeresi al disopra del margine laterale del m. omoioideo, segnalando i pericoli dell'intervento nel tratto ipo-omo-ioideo.

(1) BILE S. *Ricerche di anatomia topografica sui principali triangoli del collo ecc.* Ricerche di morfologia, Roma.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI MESSINA

L'olio essenziale di bergamotto e di limone in chirurgia.

Prof. STEFANO PUGLISI-ALLEGRA

Due ragioni mi hanno spinto a provare per la disinfezione del campo operatorio e per la medicatura di lesioni infette la soluzione alcoolica di bergamotto: il desiderio di valorizzare un prodotto della nostra terra, già fonte di benessere per gli abitanti di una larga zona del nostro Stretto che più che dividere affratella il popolo delle due Provincie di Reggio e Messina, rappresentando quest'ultima il naturale sbocco di tutta la popolazione della zona litoranea della provincia limitrofa e sorella; e il bisogno di sostituire specialmente per le pelli delicate la tintura di iodio, la quale spesso dà vere scottature con infezione secondaria per quanto superficiale della ferita fatta a scopo chirurgico.

È noto infatti, per ricerche sperimentali eseguite da stranieri Frunkel, Kronigs, Pels Leusden, Katschen e da connazionali Montelli, Mariani, Loiacono e Puccinelli, che anche dopo una pennellatura duplice di tintura di iodio si trovano sulla ferita e sulla pelle adiacente tutti i germi che caratterizzano la flora batterica cutanea; germi che non si sviluppano sulla cute integra ma che possono rigogliosamente evolvere sulla cute con scottatura chimica dopo evaporizzazione dell'iodio.

Il potere antisettico degli olii essenziali constatato fin dal 1887 dallo Chamberland e quindi nell'89 dal Cadeac e Meunier fu ben studiato da Morel e Rochaix i quali trovarono che l'essenza più attiva è quella di limone, cosa che venne confermata dal Cavel, e che realmente si può con successo adoperare insieme al bergamotto, compenetrandosi le due essenze, l'una esaltando il potere antisettico dell'altra, questa dando il profumo.

Il Galli e Caiola hanno provato che l'azione antisettica delle essenze è dovuta alla presenza di fenoli e dei loro eteri, agli alcooli terpenici ed alle loro aldeidi, che agiscono da veleni protoplasmatici specialmente sugli organismi monocellulari. Non tutte infatti le essenze agiscono con l'istesso meccanismo. Mentre alcune di esse agiscono per il contenuto in alcooli terpenici altre debbono la loro azione antisettica alla funzione fenolica o a quella del nucleo aromatico del radicale aldeico o del doppio legamento etilenico.

Per il bergamotto la formula di costituzione dell'etere principale è il doppio legamento etilenico, oltrechè la funzione alcoolica, per il limone un idrocarburo terpenico ciclico.

La funzione alcoolica del bergamotto oltre una azione eminentemente antisettica ne ha un'altra antiflogistica, stimolante e cicatrizzante, la parte terpenica del limone ne accentua gli effetti biologici e si somma ad esse.

Lo Spinelli ha provato con dati sperimentali e clinici il valore antisettico della essenza di bergamotto, che ha dimostrato non inferiore allo iodio, e l'ha consigliata per la mancanza di azione tossica e irritante.

Però con tutto che il lavoro dello Spinelli sia stato pubblicato nel 1932 tut'ora l'uso del bergamotto come antisettico in chirurgia non ha fatto grandi progressi.

Per quali ragioni?

L'essenza di bergamotto e con essa tutte le altre derivate dai citrus allo stato integrale sono un po' irritanti, e lasciano sulla cute alle volte pigmentazioni indelebili. Il loro potere di penetrazione nella cute è inferiore a quello dell'alcool.

Occorreva evitare questo inconveniente, e sono riuscito usando invece della essenza integrale una soluzione alcoolica al 15 % di bergamotto puro prima, quindi al 5 % di bergamotto, soluzione delicatamente profumata se fatta in alcool rettificato, non irritante, molto penetrante, carattere questo molto importante perchè il potere antisettico di un farmaco è proporzionale al suo potere di penetrazione. La soluzione alcoolica spalmata per una o più volte sulla cute non dà pigmentazioni poichè gli elementi che la costituiscono molto diluiti e frazionati si assorbono rapidamente e non restano come tali sugli strati del derma, non è irritante assolutamente, delimita il campo operatorio poichè dà una leggera verniciatura cutanea con riflessi iridescenti.

Perciò la necessità di usare essenza non deterpinizzata ma integrale la quale d'altro canto è più attivamente battericida. Il suo potere antisettico saggiato clinicamente, è quello che più interessa, è ottimo e sicuramente non inferiore alla tintura di iodio. Ha il vantaggio di costar poco poichè può adoperarsi la soluzione in alcool denaturato, mentre ciò non è possibile fare con l'iodio che al contatto col denaturante sviluppa rapidamente vapori di acido ioditrico molto irritanti per l'operando e per l'operatore, da avere qualche volta di estate l'effetto dei gas lacri-

mogeni fino ad arrivare alla necessità di sospendere l'atto operativo.

Da oltre un anno ho adoperato in diverse centinaia di atti operativi sulla cute di tutte le regioni del corpo umano anche in quelle munite di peli, la soluzione essenziale al 15 % senza poterle addebitare alcun inconveniente, per le mani al 10 %; per disinfezione di ferite suppuranti o potenzialmente infette acqua bollita addizionata al 10 % o al 15 % della soluzione alcoolica, ottenendo rapida modificazione del processo infiammatorio nel primo caso, evitandolo nel secondo.

Come modificante rapido di ulcere o di piaghe largamente suppuranti si può usare la soluzione alcoolica integrale, come pure nel caso di ferite lacero-contuse molto infette.

Il punto di vista pratico commerciale, che in questo caso è di assoluta importanza perchè si tratta di sostituire il preparato ad un altro largamente adoperato ed entrato nella coscienza del popolo quale è la tintura di iodio, sta proprio a favore della soluzione di olio essenziale.

L'essenza di bergamotto occorrente per un litro di soluzione costerebbe, dandole un prezzo equamente remunerativo di L. 15 la libbra L. 7, e se fatta in alcool rettificato (850 gr. L. 20) si avrebbe il prezzo di L. 27 al Kg. che rappresenta la metà almeno del costo della tintura di iodio. La soluzione in alcool denaturato costerebbe L. 9 al Kg.

Se si usa la miscela delle due essenze, superiore per il potere battericida ed ugualmente gradevole, limone e bergamotto, si ha il prezzo di L. 25 per la soluzione in alcool rettificato e di L. 8 per quella in alcool denaturato.

L'utilizzazione delle essenze di limone e di bergamotto permetterebbe di dimezzare almeno la importazione dell'iodio dall'estero che in questi ultimi anni ha sorpassato la cifra di 10 milioni e di valorizzare un prodotto agricolo già vera fonte di benessere per le nostre popolazioni.

RIASSUNTO.

L'A. ha adoperato in sostituzione della tintura di iodio per la disinfezione del campo operatorio e per la medicatura di lesioni infette o suppuranti, la soluzione alcoolica di olio essenziale di bergamotto e di limone al 15 % con magnifici risultati perchè dotata di un grande potere di penetrazione e di una spiccata azione antiflogistica e stimolante al tempo stesso.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Civile di Ravenna
Sezione Chirurgica
Primario: prof. Oreste Ortali

Le peritoniti pneumococciche.

Dott. C. Scaravelli, aiuto inc.

La letteratura medica è venuta arricchendosi in pochi anni di numerosi contributi da parte di chirurghi sopra la peritonite pneumococcica, e naturalmente, man mano che sono andate aumentando le cognizioni intorno a questa affezione, si sono moltiplicati i casi osservati e riferiti in modo che ormai le note cliniche che ne caratterizzano l'insorgenza ed il decorso sono bene conosciute. Ma invece ancora aperta è la discussione sul trattamento delle peritoniti pneumococciche e l'accordo fra i chirurghi sulla condotta da seguire è lontano dall'essere raggiunta.

Bozzolo dimostrò nel 1885 l'esistenza di una speciale forma di peritonite acuta, dovuta al pneumococco, individualizzando così con la esame batteriologico, nel capitolo delle peritoniti acute diffuse questa speciale forma, che in seguito in particolar modo fu ben descritta, clinicamente, dai francesi. In un primo tempo si consideravano come dovute al pneumococco quelle forme di peritoniti incistate ad evoluzione lenta e tendente nei casi più benigni verso lo svuotamento spontaneo attraverso l'ombelico, oppure attraverso la vagina (Pochon) o lo scroto (Remj e Couvoux) o al disotto dell'arcata di Falloppio (Hagembach-Burkardt) o nell'intestino (Vanelli, Wolfsohn-Novè Josserand). Dopo i lavori di Goriastchine, Brun, Quèhant, Michaut e specialmente Lènormant e Lecène, venne dimostrato che accanto a questa forma incistata, il pneumococco poteva egualmente produrre una peritonite generalizzata che presentava tutte le gradazioni di gravità anatomica e clinica. Si arrivò così al concetto che non vi sono due forme diverse, come inizio, di peritonite, da pneumococco, ma che essa è sempre diffusa al momento dell'insorgenza, per poi evolvere successivamente verso la forma incistata. La frequenza delle peritoniti pneumococciche è tale che non si può in pratica non tenerla presente quando si tratta di discutere, etiologicamente, la diagnosi di una peritonite acuta. Mathieu ne ha osservate sette in un anno ed Auroussau tredici in due anni. In rapporto alla peritonite appendicolare, la sua frequenza è di uno su dodici secondo Mathieu, uno su venti secondo Auroussau, uno su diciassette secon-

do Salzer. Le peritoniti pneumococciche sono più frequenti nei bambini ed il sesso femminile è colpito nel 75 % dei casi: su questo punto sono d'accordo le principali statistiche (Barding. Cameron, Koennecke, Obadalech, Wolfsohn). Il massimo di frequenza sembra essere fra i due e i dieci anni. La concezione patogenetica attualmente più ammessa è che la localizzazione peritoneale sia preceduta da una fase setticemica, che praticamente si può mettere in evidenza con l'esame diretto e con l'emocoltura (Bergamini, Auroussau, Heimann, Lipschutz). Il pneumococco, ospite abitale del rinofaringe, sotto l'influenza di una causa che ne esalti la virulenza, passa nel sangue e va a fissarsi sia nel polmone sia nel peritoneo sia in più parti. Vi sono altre possibilità di penetrazione del germe da tenere in considerazione: la via linfatica transdiaframmatica è stata prospettata in quei casi in cui la peritonite è secondaria di una localizzazione polmonare. Ma questi sono i più rari. La via genitale è stata sostenuta per la frequenza dell'affezione nel sesso femminile: infatti è stato trovato il pneumococco nella vagina di giovani malate, ed è verosimile che questo germe possa attraverso le trombe arrivare al peritoneo; ma la peritonite non colpisce solamente il sesso femminile e d'altra parte il reperto positivo vaginale può essere occasionale. Questa teoria sulla penetrazione del germe è quindi insufficiente. La via intestinale trova in suo favore il fatto che frequentemente esistono segni di enterite acuta che precedono quelli della localizzazione peritoneale. Ma questa enterite è dovuta alla deglutinazione di germi oppure l'infezione è fin dall'inizio parietale ossia vi è pervenuta per via sanguigna? Jensen, Melchior, Brechot e Novè-Josserand ammettono che la enterite possa essere primitiva e debba considerarsi la causa della peritonite in un numero considerevole di casi.

Anatomia patologica. — Nella peritonite pneumococcica si suol distinguere una forma generalizzata da una forma diffusa: in realtà non si tratta che di stadi successivi: inizialmente le lesioni sono diffuse e si trova in un primo tempo un essudato sieroso, torbido che successivamente si trasforma in purulento: è un pus cremoso, gialliccio, a volte verdastro, inodore, e contiene masse fibrinose abbondanti, libere o aderenti alle pareti intestinali. Le lesioni tendono in un secondo tempo a limitarsi, ad incistarsi nella regione sotto ombelicale. Le lesioni dell'intestino consistono in una congestione diffusa delle anse, con macchie emorragiche e sono state descritte anche lesioni della mucosa che possono arrivare fino all'ulcerazione delle placche di Pejer (Melchior).

Sintomatologia. — Di regola l'inizio è brusco, drammatico, insorge in pieno benessere: a volte vi sono segni prodromici (corizza, faringite, piccole crisi dolorose addominali con diarrea). Il malato è preso bruscamente da dolori addominali, vomito, diarrea e febbre. La febbre raggiunge rapidamente i 40 gradi. Lo stato generale è grave. Facies peritonitica, a volte, in altri casi dominano i fatti tossici ed allora l'ammalato presenta brividi, cianosi, polipnea, delirio, stato tifoso. I segni fisici ed i segni funzionali e generali sono in evidente sproporzione fra loro; infatti all'esame dell'addome non si trova quella contrattura che si penserebbe, il dolore alla palpazione è diffuso ed anche quando predomina nella fossa iliaca destra, non è mai nettamente localizzato. Il vomito è abbondante, incessante, all'inizio alimentare, in seguito biliare. La diarrea sopratutto appare rapidamente: essa è abbondante, persistente. A volte si nota la presenza di erpes labiale. Gli esami di laboratorio possono aggiungere dati importanti per la diagnosi: l'emocoltura mostra la presenza di pneumococchi, anche l'esame diretto del sangue ha permesso in qualche caso di svelare dei pneumococchi. Un altro dato che sta in favore della diagnosi di peritonite pneumococcica è l'esistenza di una leucocitosi assai più elevata che nei casi di peritonite appendicolare; in genere superiore ai ventimila. L'evoluzione è assai variabile; in alcuni casi i fenomeni si attenuano in pochi giorni ed i fatti addominali scompaiono rapidamente. In altri casi la morte sopravviene nei primi giorni; sono queste le così dette peritoniti settiche diffuse. Altre volte la peritonite evolve verso la forma localizzata: dopo un miglioramento di qualche giorno la temperatura sale di nuovo, poi appaiono dei dolori nella regione ipogastrica dove si ha ballottamento; l'ombelico si distende e finisce per fistolizzarsi. La guarigione può sopravvenire, ma più spesso l'ammalato muore per cachessia. In certe forme secondarie la peritonite resta latente fino alla esteriorizzazione attraverso l'ombelico che è il segno rivelatore. Alcune volte l'affezione può simulare una occlusione intestinale. Altre volte assume un carattere recidivante; lo stato generale si altera progressivamente, il soggetto si cachetizza, ma vi è poca febbre e l'addome dà l'impressione di una peritonite tubercolare. La diagnosi della peritonite pneumo-

coccica è sempre molto difficile ed in pratica il quesito diagnostico che si pone di poterla differenziare da quella appendicolare. A parte che i sintomi descritti della peritonite pn. non sempre si presentano in modo ben netto resta sempre il fatto che nel periodo iniziale non esistono a detta di tutti gli AA. che si sono interessati di questo argomento, segni tali da potere con sicurezza escludere la diagnosi di peritonite appendicolare. Ed a questo proposito si possono ricordare le parole di Novè-Josserand e Brechot nel loro rapporto al Congresso francese di chirurgia (1931): « uno di noi ha operato due appendiciti gangrenose che erano state considerate dai medici più competenti come delle peritoniti pneumococciche e l'intervento ritardato non ha potuto salvare questi due ammalati ». Ed appunto al problema diagnostico è legato l'altro importantissimo dell'intervento operativo. Ma su questa questione ritornerò dopo aver esposto i casi osservati nel nostro Ospedale, dal professore Ortali.

CASO I. — P. I., di ignoti, di anni 20, da Ravenna, nubile, bracciante.

Entra il 9 novembre 1930. Anamnesi remota muta. Mestruò a 11 anni. Mestrui anticipanti, normali per quantità e durata. Due anni fa in pieno benessere fu colta da dolore vivo alla fossa iliaca d'ambo i lati: fu diagnosticata, in questa Sezione, una annessite gonococcica e curata con vaccino. D'allora il dolore si è ripetuto nei periodi mestruali. Ha qualche perdita bianca. Due giorni fa, prima di entrare in ospedale, in pieno benessere è stata colta all'improvviso da un violentissimo dolore alla regione epigastrica. Non ha avuto vomito; dopo tre ore insorse febbre che salì a 39° gradi. Nella giornata successiva la temperatura si mantenne alta, sui 39° ed il dolore rimase invariato: è insorto vomito. Viene ricoverata d'urgenza in questa Sezione a due giorni dall'insorgenza della malattia.

E. O. Condizioni generali gravi. T. 39°. P. 120, ritmico, valido. Nulla al torace. La palpazione risveglia dolore vivo su tutto l'addome, prevalentemente nella metà destra, ma con punto di massima intensità all'epigastrio. Difesa muscolare diffusa a destra mentre a sinistra l'addome è ben trattabile. Blumberg presente. L'aia di ottusità epatica appare assai ridotta di volume. Alvo aperto. Minzione normale. All'esplorazione vaginale nulla degno di nota. Date le condizioni della paziente e sospettando trattarsi di perforazione gastrica con peritonite in atto. Si decide l'intervento che viene eseguito due ore dopo il ricovero in ospedale.

A. O. (prof. Ortali). Narcosi eterea. Laparotomia mediana xifo-ombelicale. Le anse intestinali appaiono fortemente meteoriche ed arrossate. Nulla a carico dello stomaco e della cistifellea. Sospettando allora una perforazione appendicolare si sutura la ferita e si incide con taglio pararettale destro. Aperto il peritoneo fuoriesce un fiotto di liquame di colorito giallastro. L'appendice appare di aspetto normale e così pure il cieco. Le anse intestinali sono meteoriche, arrossate, e ricoperte di essudato. Due anse dell'ileo sono aderenti e sulla faccia di una di esse si nota un piccolo focolaio emorragico, che viene suturato con punti alla Lembert. Nulla a carico delle anse intestinali e degli annessi. Zaffo; sutura parziale.

L'esame microscopico del pus ha rivelato la presenza di numerosi pneumococchi ed inoltre positive per il pneumococco sono risultate le semine in terreno di cultura.

Decorso post-operativo: temperatura sui 38° fino in quinta giornata, che in seguito decresce per subire rialzi termici serotini nei giorni successivi. Sono state praticate iniezioni di siero antipneumococcico. In 26ª giornata la paziente viene dimessa, guarita.

CASO II. — S. E., di Lorenzo, di anni 32, da Ravenna, coniugata, bracciante. Entra il 18 marzo 1931. Gentilizio immune, anamnesi remota muta. Mestruò a 18 anni, le successive mestruazioni furono sempre regolari per quantità e frequenza anticipanti per epoca di comparsa. Sposò a 24 anni un uomo sano: ha avuto un figlio vivente e sano ed un aborto al terzo mese. Nel 1929 ammalò di tifo. Le mestruazioni sono da qualche mese irregolari. La mestruazione del mese di gennaio si presentò il giorno 10, quella di febbraio il giorno 1 preceduta da dolori e durò meno del solito. Il giorno 2 marzo la mestruazione si iniziò con forti dolori al basso ventre. La perdita di sangue si è mantenuta in modica quantità fino al giorno 14. Il giorno 10 si è iniziato un rialzo termico notevole (39°,5), preceduto da brividi. Ieri la paziente ha avuto vomito. Perdite bianche e gialle abbondanti. Alvo stitico. Da cinque giorni bruciore alla minzione.

E. O. Condizioni generali scadenti. T. 39°,2. Polso 100, ritmico, piccolo. Colorito pallido della cute e mucose visibili. Nulla al torace. Addome trattabile. La palpazione risveglia dolore alle fosse iliache e alla regione ipogastrica. Area splenica ed epatica conservate normali. Non difesa muscolare. Durante l'esame la paziente ha vomito. All'esplorazione vaginale si riscontra il fornice posteriore sporgente e a consistenza elastica. Con palpazione bimanuale si avverte nel bacino una resistenza alquanto estesa disposta trasversalmente facente corpo cogli organi genitali interni.

20-3-31. Nella notte la paziente ha avuto vomito frequente. Il polso si mantiene piccolo: si pratica una puntura esplorativa nel fornice vaginale posteriore. Si dà esito a liquido nettamente ematico che all'esame a fresco mostra emazie non alterate.

21-3-31. Il vomito si è ripetuto: sono insorti dolori violenti diffusi all'addome. La palpazione risveglia dolore violentissimo alle fosse iliache. Esiste difesa muscolare e iperestesia.

P. 110. T. 39°,1. Facies peritonitica. Si decide l'intervento.

A. O. Narcosi eterea. Laparotomia mediana ombelico-pubica. Aperto il peritoneo, si ha fuoriuscita di liquame giallastro non fetido. Le anse intestinali sono iperemiche ricoperte qua e là dà essudato biancastro. Nessuna alterazione a carico degli organi contenuti nell'addome. Toeletta della cavità addominale. Zaffo alla Mikulicz. Sutura parziale. Coltura del pus in brodo e agar: presenza di pneumococco. Strisci di pus: pneumococco. Decorso post-operativo: in terza giornata si ha diminuzione notevole della temperatura. Il

29-3, in nona giornata, la temperatura sale di nuovo a 39°,8; alla base dell'emitorace destro si rileva netta ottusità e soffio bronchiale. La febbre continua ancora per parecchi giorni a tipo continuo, raggiungendo spesso il 39 alla sera. Lento e progressivo miglioramento della paziente che viene dimessa guarita il 31 maggio 1931.

CASO III. — S. G., di anni 4, da Cervia. Entra il 30 giorno 1930. Padre e madre viventi e sani. Allattamento materno. Nessuna malattia degna di nota fino all'inverno scorso di cui ammalò di bronchite acuta. Da allora la madre dice che la bambina ha avuto perdite bianche dai genitali. Cinque giorni fa la bambina che da quindici giorni si mostrava svogliata e senza appetito è stata colta da dolori addominali. Ha avuto vomito i primi due giorni.

E. O. Aspetto sofferente; occhiaie infossate. Nulla al torace. P. 140, alvo meteorico, diffusamente dolente alla pressione anche superficiale. Non si notano zone o punti di maggior dolenzia. Si interviene d'urgenza.

A. O. Narcosi eterea. Incisione pararettale destra. Le anse intestinali si presentano arrossate, ricoperte da membrane bianche giallastre. Si passa in rassegna tutto il tenue, il sigma e il colon. L'appendice è normale. Non vi sono diverticoli. Si lascia uno zaffo nello scavo pelvico e si richiude parzialmente. Si seminano in brodo ed agar alcune membrane prelevate asetticamente: gli striscii mettono in evidenza la presenza di pneumococchi. Decorso post-operativo: Temperatura scende a 38° in terza giornata. Il polso diminuisce di frequenza. Iniezioni di siero antipneumococcico. In settima giornata compare ottusità e soffio bronchiale alla base destra. Il focolaio pneumonico si risolve dopo sei giorni. La paziente esce guarita il 13 agosto.

CASO IV. — S. N., di anni 6, da Ravenna. Entra l'11 gennaio 1933. Gentilizio ed anamnesi personale remota muti. Cinque giorni fa durante il sonno ed in pieno benessere è stata colta da violenti dolori addominali e da diarrea.

Al mattino seguente la temperatura era di 40°,3. La diarrea è durata tre giorni. I dolori sono continuati, anzi si sono fatti più violenti. La febbre ha avuto lievi remissioni serotine. Al periodo diarroico è succeduto stitichezza. I dolori si presentano ora accessionalmente.

E. O. Aspetto sofferente; facies peritonitica. Polso 180. Decubito supino a gambe semiflesse. Addome meteorico, in contrazione. La palpazione anche superficiale su qualsiasi punto dell'addome risveglia dolore vivissimo. Suono timpanico diffuso su tutto l'addome. Non si mette in evidenza la presenza di liquido. Nulla al torace. Le condizioni continuano ad aggravarsi. In quinta giornata la paziente muore. Si pratica una puntura esplorativa nella fossa iliaca destra, post-mortem: si estrae pus denso giallastro. Nello striscio e nella cultura: presenza di pneumococco.

CASO V. — G. M., di anni 14. Entra il 16 aprile 1933. Anamnesi personale remota muta. Mestruata da tre mesi. Ieri mattina mentre stava lavorando in campagna veniva colta da un violento dolore all'addome in corrispondenza dell'ombelico. Fu costretta a lasciare il lavoro e mettersi a letto. I dolori non accennavano a diminuire, anzi si diffondevano in breve a tutto l'addome. Comparve vomito e febbre che raggiunse rapidamente i 40 gradi. La madre della paziente le somministrava in serata un purgante che però veniva vomitato. Nella mattina i dolori si sono mantenuti invariati, è continuato il vomito e la paziente è caduta in uno stato soporoso.

E. O. Nulla al torace. T. 40°,2; polso 140 ritmico. Addome in modica difesa diffusamente dolente, modicamente meteorico. Si fa diagnosi di probabile peritonite pneumococcica. Si interviene d'urgenza, nonostante che le condizioni della paziente siano gravissime.

E. O. Narcosi eterea. Laparotomia pararettale destra. Anse intestinali iperemiche. Liquido purulento, inodoro, giallastro, con fiocchi fibrinosi in sospensione Appendice normale. Chiazze emorragiche sulle anse ileali.

Nulla agli annessi. Zaffo. Sutura parziale. Iniezioni di siero antipneumococcico. Esame del pus e cultura: pneumococco.

Le condizioni della paziente si mantengono gravissime. Muore il giorno successivo all'intervento.

CASO VI. — R. L., da Ravenna. (Casistica priv.). Il piccolo di quattro anni, è sotto cura di un valente professionista da circa una settimana per polmonite destra. In sesta giornata di malattia il bambino è preso da diarrea sanguinolenta seguita da dolori diffusi all'addome ed ha vomito. Si vede il malato in questo stadio della malattia. Aspetto sofferente. Naso affilato, volto pallido: P. 130 piccolo. T. 39°,5. Mentre si visita, ha vomito verdastro. Ventre contratto dolentissimo, al minimo contatto su tutta la superficie. Area epatica e splenica conservate: assenza di versamento addominale. All'emitorace destro si hanno ancora i segni di un focolaio pneumonico, non ancora spento. Per questo fatto e per il modo d'insorgere della complicanza addominale si fa diagnosi di peritonite acuta da pneumococco. Non si interviene chirurgicamente. Dopo alternative di miglioramenti e di peggioramenti il piccolo a. decadde nelle forze generali e viene a morire in 18ª giornata di malattia.

I casi sopra riferiti appaiono interessanti per varî motivi: una cosa da porre in rilievo è l'età dei pazienti: sopra sei casi, tre riguardano bambini dai due ai sei anni, negli altri tre casi invece si trattava di adulti. una donna di 31 anni, un'altra di 20, e la terza di 14 già pubere. Data la grande proporzione presentata nelle statistiche dei varî AA. dai bambini, tanto che l'affezione è chiamata appunto peritonite dei bambini, non è privo d'interesse questo fatto. Cinque dei sei pazienti erano di sesso femminile; e questa rientra si può dire nella norma. Un'altra cosa degna di rilievo è la sintomatologia presentata dai casi uno e due: nel 1° infatti la diagnosi clinica più logica da porsi in base ai sintomi presentati era quella di perforazione gastrica; nella seconda invece l'inizio ed il decorso clinico lasciavano con tutta probabilità supporre una infiammazione a carico degli annessi con successiva evoluzione in peritonite saccata del piccolo ba-

cino. Solo il reperto riscontrato al tavolo operatorio ha permesso di supporre che si trattasse invece di una peritonite pneumococcica, come infatti dimostrò l'esame batteriologico successivo. In un solo caso, il 4°, si ebbe il quadro caratteristico della peritonite pneumococcica. In questo caso l'intervento fu differito, la paziente però morì in quinta giornata. Anche nel quinto caso i sintomi presentati furono abbastanza caratteristici come quelli di una forma settica diffusa, con fatti setticemici ben evidenti. Anche in questo caso l'*obitus* sopravvenne rapidamente dopo l'intervento operativo.

Riassumendo, su sei casi di peritonite pneumococcica si è intervenuto operativamente in quattro di essi e il risultato fu soddisfacente (tre guarigioni); negli altri due invece non si intervenne. I pazienti morirono. Sarebbe ingiusto ed azzardato voler trarre da questi pochi casi delle conclusioni, di qualunque genere essi siano; sono però sufficiente motivo per ritornare sulla discussa questione dell'intervento o meno quando ci si trovi di fronte ad una peritonite pneumococcica. Per essere più esatti più che di per. pn. in genere è meglio parlare del periodo iniziale di essa poichè nel periodo che si può chiamare secondario, in quello cioè nel quale si è formato un ascesso vero e proprio tutti i chirurghi sono d'accordo per l'intervento. Per quanto sia giusto teoricamente ammettere l'utilità di differire l'intervento poichè in un primo tempo ci si trova di fronte ad una infezione generale, diffusa, setticemica, senza lesioni localizzate iniziali, all'atto pratico bisogna convenire che la diagnosi che si può porre è tutto al più di probabilità, mentre resta sempre il dubbio che possa trattarsi di una peritonite appendicolare o da perforazione; il differire l'intervento è quindi di grave responsabilità. L'incertezza dei segni clinici e la secondaria importanza dei dati di laboratorio, sempre tardivi e spesso incerti per porre una diagnosi di urgenza (anche la puntura esplorativa consigliata da Lipschutz e Lowemberg oppure la modificazione proposta da Schwartz di fare una piccola incisione in anestesia locale sulla linea alba per poi aspirare l'eventuale liquido con una siringa sono certo di grande utilità per la diagnosi ma esse possono mettersi in pratica solo negli stati avanzati, quando cioè è già avvenuta la formazione di un versamento) ci inducono a concludere che nelle prime ore non esiste alcun segno che permetta di porre con certezza la diagnosi di peritonite pneumococcica. Vi sono statistiche di varî AA. contrari all'intervento precoce, i quali avrebbero avuto, con l'intervento, una mortalità oscillante fra il 75 ed il 95 % (Lowe, Aurousseau, Budde, Davioud, Mathieu, Michaut, Lenormant e Lecène); è opportuno però tener presente che la gravità delle diverse forme di peritonite non è sempre la stessa, non bisogna trascurare la resistenza dell'organismo e la virulenza del germe e resta sempre il dubbio che la mortalità elevata non sia dovuta piuttosto alla gravità della lesione che all'intervento precoce in sè stesso. Molto recentemente Lutsch e Merigot, raccogliendo e confrontando le più recenti statistiche dei varî chirurgi hanno concluso che la mortalità oscilla, tanto per quelli che operano come per quelli che non operano, fra il 35 ed il 50 % e riferiscono 10 casi da loro osservati nei quali la mortalità era del 40 % (tutti operati precocemente). In pratica quindi trovandosi di fronte ad una peritonite acuta, anche sospettando la forma pneumococcica, quando vi siano dei segni sufficienti a far supporre la presenza di una suppurazione il mio maestro prof. Ortali, ritiene che si debba intervenire. Cercando di limitare al minimo possibile lo schoc operatorio, si può con incisione pararettale destra accertarsi che la peritonite non sia di origine appendicolare e porre un drenaggio nella cavità addominale, quando le caratteristiche del pus e delle pareti intestinali stiano ad indicare una infezione pneumococcica, associando l'iniezione di siero antipneumococcico nel peritoneo attraverso il tubo di drenaggio stesso. Iniezioni di siero si possono aggiungere anche per via sottocutanea (recentemente Schaudig riferisce di avere usato il siero antipneu. per via endovenosa, con notevole vantaggio ed assicura che iniettando immediatamente un preparato di calcio in vena dopo il siero non ha mai avuto a lamentarsi di alcun inconveniente). Un intervento eseguito nel modo sopra indicato è da ritenersi presenti minori inconvenienti che non l'astensione, nel trattamento delle peritoniti pneumococciche.

RIASSUNTO.

Vengono esposti sei casi di peritonite pneumococcica. Si ritiene consigliabile l'intervento precoce, associandovi l'uso di siero antipneumococcico per via peritoneale.

BIBLIOGRAFIA.

Abit. Surgery, Gynecol. a. Obstetr., 1930.

Achard. *Peritonites à pneumocoque.* Journal des praticiens, 20 fév. 1932.

Agostino. *La peritonite pneumococcica primitiva nell'infanzia.* Riv. di Clinica Pediatrica, gennaio 1928.

AGRON. *Au sujet de trois observation de péritonites à pneumocoque.* La Bourg. Méd., n. 8, ag.-sett., pag. 149.
APERT. *A quel moment faut-il ouvrir une péritonite pneumococcique.* Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris, 29 dicembre 1930.
ARMITAGE. *Acute peritonitis combined with labour.* Brit. Med. Journ., 24-XII-27.
AUROUSSEAU. *Diagnostic et traitement des péritonites à pneumocoques chez les enfants.* La péd. prat., 25 ott. 1928.
ID. Gaz. méd. de France, 15-3-1928, pag. 148.
ID. Rév. Méd. Franç., n. 7, oct. 1931.
BALDACCI. Gaz. osp. e clin., 1908.
BALDASSARE. Pediatria, 1-2-1926, pag. 1192.
BARRINGTON-WARD. The British Med. Journ., 15 ottobre 1932, p. 704.
BANAUD. Gaz. Méd. de France, n. 5, 1 mars 1931, pag. 95.
BELGRANO. Riforma medica, 1917, pag. 378.
BERETEROIDA-CARBONE. Arch. latino Amer., pag. 23, pag. 235, avril 1929, pag. 359, m. 1929.
BERGAMINI. Pediatria, 15-427, pag. 401.
BERNHEIM. Pédiatrie pratique, 1927, VIII.
BERTRAM e BOEHENE. Zentralblatt für Chirurgie, t. LVIII, n. 4.
BIANCARDI. Policlinico, Sez. Chir., 1932.
BODINAN. British med. Journ., p. 16, 6, 1928, 1023.
BRECOHT e NOVÈ JOSSERAND. Journal de Chirurgie, VIII, ott. 1931.
ID. ID. XL Congr. Franç. Chir., 5-10 oct. 1931.
BUDDE. Klinische Wochenschrift, 1926.
ID. Arch. für Klin. Chir., fasc. 2-16, dic. 1933.
CANDOLIN. Zentralbl. für Chir., LIX, n. 20, 14 maggio 1932.
BUSTOS. Semana Méd., 30-6-27.
CASALS. Revista de cir. de Barcelona, a. LI, T. IV, n. 24, dicembre 1932.
CAUBET. Toulouse Médical, n. 21, 1° nov. 1932.
CHAUVENET, BROUSTEL. Soc. de Anat. Clin. de Bordeaux, 24 juil 1930.
CIMINATA. Riforma medica, 39, 1477, 1485, settembre 1932.
COMBY. Jour. de Méd. et Chir. prat., 10-3-1927.
CORACHAN. Ars méd., ag. 1930.
COSTANTINI. Minerva Medica, agosto 1933, pag. 157.
ID. Ospedale Maggiore di Novara, 1930, n. 9.
DARRÈ-LAEDERICH-MAMOU. Bull. et. Mém. Soc. Med. des Hôp. de Paris, dic. 1930.
DENICKER. Année méd. ecc., n. 4, aprile 1932.
DE LA MARNIÈRE. Bull. et mém. de la Soc. nat. de Chir., t. LIX, 14 janvier 1933.
DI STEFANI. La pratica pediatrica, 1932.
DUNCAN. Canadà M. A. J., n. 78, June 1931.
ELKIN. Arch. of Surgery, vol. XVIII, n. 2, febbraio 1929, pag. 745.
ECH e GUNDEL. Deutsch Zeitschr. klin. Chirurgie, C. C. XXXVI, fasc. 2, 17 maggio 1932.
EMILIANI. La pratica pediatrica, n. 9, 1933.
FEVRE. Gaz. des Hôpitaux, 30 settembre 1931.
FLUSSER. Münchener Mediz. Wochenscher., 21 aprile 1933.
GASUC. La consultation, dicembre 1930, pag. 344.
GISMONDI. Pediatria pratica, 1926, 5, 6.
GLASS. Zentr. fur Chir., n. 41, ottobre 1933.
HAGERDON. Beitr. z. klin. Chir., Berlin, 1925, CXXXIV, pag. 391.
HUC. Soc. de Pédiatrie, Paris, 1922.
INOSTROZA. Buletin de la Soc. de Cirurgia de Chile, 3 giugno 1933.
JENSEN. Archiv für Klin. Chir., 1913.
JMBIRÈ. Journ. Med. Assoc. South Africa, 21-2-1928, pag. 90.
LAEDERICH. Revue critique de path. et de Thérap., fev. 1932.
LANGER. Zentr. für Chir., n. 19, 1933, pag. 1128.
LAFFITTE. Actualité medico-chir., février 1932.
ID. Bulletins et mém. de la Soc. nat. de Chir., n. 20-13, 1931, pag. 835.
LAPASSET. Toulouse Médical, n. 18, 15 sept. 1932.
ID. Pédiatrie, janvier 1933.
LARAJENNE e JANICOT. Lyon Médical, a. LXIII, febb. 1931.
LEFLAIVE. Actualité méd.-chir., n. 1, genn. 1932.
LEDOUX, HUMBERT, GONNET. Bull. et mém. Soc. méd. des. Hôp. de Paris, 5 fev. 1932.
LIEGE. Clinique et Laboratoire, 20 nov. 1933.
LIPSCHUTK, N. LAWENBURG. Jour. of the amer. med. ass., vol. 86, n. 1.
LOEWE. Kinderarztl Praxis, 1932.
LORENZONI. Forze sanitarie, 10 agosto 1933.
LOUTSCH e MERIGOT. Presse Médicale, n. 26, 31 mars 1934.
MACCHI. Clinica ed Igiene infantile, 15-6-1923, p. 387.
MAYET. Bull. et mém. soc. des Chir. de Paris, I, XXV, n. 5, seduta del 17 marzo 1933.
MARFAN-FLORAND-NOURISSON. janv. 1917, p. 1.
MATHIEU. La Med., n. 1, ott. 1927, pag. 64.
MATHIEU-DAVIOU. Presse méd., 13-7-1929, pag. 909.
MATHIÈ-MARCHAND. Bull. et mém. de la Soc. Nat. de Chir., 25 giugno 1930.
MELCHIOR. Med. Klin., t. XXII, n. 31, 30 joul 1926.
MICON et GERAND. Bull. et mém. de la Soc. Méd. des hôp. de Paris, n. 13, 30 avril 1934.
MONDINI. Cultura medica, 9-667, agosto 1930.
MOLTENI. La clinica pediatr., maggio 1934, p. 421.
MOURIQUAND-BERNHEIN-RENDU. Arch. des mal. des enfants, oct. 1926, pag. 572.
NOBECOURT. La med. Argentina, n. 65, oct. 1927.
NOVÈ-JOSSERAND. J. de Méd. de Lyon, n. 291, 20 fev. 1932.
OBADALEK. Zentralb. für Chir., n. 18, 30 avril. 1932.
ID. Deut. Zeitschr. für Chir., n. 9, t. CCXXXIII.
PALIER. Bull. méd., 16 avril 1932.
PAITSEAU, DRECHON. Bul. Soc. de Ped., Paris, 1923, pag. 55.
PAPAIOANOU. Thèse de Paris, 1932, Jove édit.
PAZ e ROBILLO. Semana médica, n. 17, aprile 1932.
PIERINI. Ibid., n. 40, 1 oct. 1931.
PROVINCIALI. La Pediatria, 1921.
QUENÙ. Soc. Méd. du Nord. Seance du 25 nov. 1932.
ID. Echo méd. du Nord, n. 52, 24 dicembre 1932.
ID. Pédiatrie, févr. 1933, pag. 40.
RIBADEAU. Bull. Soc. de Péd. de Paris, 1922, p. 246.
RUBINI. Medicina infantile, vol. V.
SALZER. Deut. Zeit. f. Chir., fév. 1928, pag. 226.
SCHWARZ. Zeit f. Chir., 1924.
SALZER. Wien. medizinische Woch., LXXXII, n. 42, nov. 1932.
SCHAUDIG. Zentr. f. Chir., n. 23, giugno 1933, p. 1344.
SILVESTRINI. Riunione della Soc. Medico Chir. di Romagna, Ravenna, novembre 1934
STEIMBERG. Journ. of exper. Med., giugno 1925.
TORI. Fac. de Méd. de Bordeaux, T. de Doct. de l'Univ. pour l'an. 1925-26.
VANELLI. La Med. Ital., n. 8, agosto 1927, p. 479.
ID. Rivista de Chir. ped., Genn. 9128, pag. 33.
VASILE. Pediatria, 1-5-27, pag 487.
WILMOTH. La Médecine, n. 16, nov. 1932.
WOLFSOHN. Med. Welt. 4, 1755-58, 6 dic. 1930.
ZANETTI. Policlinico, Sez. pratica, 28-5-1928.

Peritonite libera da perforazione di ulcera tubercolare dell'intestino.

Dott. Pasquale Marconi, assistente volontario nella R. Clinica Chirurgica di Parma; direttore dell'Ospedale Principe Umberto di Castelnuovo Monti.

La localizzazione intestinale della tubercolosi è tutt'altro che rara; più frequentemente è secondaria a lesioni che si trovano in altre sedi dell'organismo, però è ammesso (Gamna) che possa esistere anche la forma primitiva.

Le statistiche, a proposito di questa ultima evenienza, si riferiscono specialmente ai bambini nei quali il processo specifico avrebbe tale inizio in una percentuale del 5,26 % secondo Babinski, del 19,7 % secondo Still, del 16,32 % secondo Beitske, del 24,1 % secondo Bonome, del 16,09 degli adulti tubercolosi, del 6,21 % dei vecchi secondo lo stesso autore.

Su 100 autopsie di morti per tubercolosi polmonare, in 10 si trovano lesioni specifiche intestinali (Kauffmann).

Il meccanismo patogenetico va ricercato il più spesso in un contagio diretto (ingestione di materiale, cibi infetti, di sputi tubercolari), ma è riconosciuta anche la via emolinfatica, e quella per contiguità da organi vicini (annessiti tubercolari, ecc.).

La porzione più facilmente colpita è la parte terminale dell'ileo, poi il cieco, l'appendice, il colon; la lesione insorge inizialmente nelle placche di Peyer o nei follicoli solitari, e può evolvere in diversa maniera.

Le alterazioni anatomopatologiche sono state variamente classificate:

forme cicatriziali e fibrose d'emblée, e forme ipertrofiche (Bernay, Bard);

forme ulcerose, ipertrofiche, fibrose (Poncet, Leriche, Brunner);

cicatriziali, ipertrofiche, enteroperitoneali, restringenti (Patel, Bérard, Leriche);

cicatriziali, ipertrofiche, fibrose (Nikoliyski, Nannotti);

cicatriziali, ulcerose, ipertrofiche (Bérard, Patel);

fibroadipose, ipertrofiche, fibrose d'emblée, ulcerose (Alglave, 1904).

Più tardi (1910) lo stesso autore suddivide la lesione in sei varietà: ulcero-granulosa enterica, enteroperitoneale, fibroadiposa, fibrosa atrofica stenosante, adenopatia ileocecale, peritonite tubercolare locale ileocecale.

Attualmente si segue un criterio meno frammentario, più semplice e più pratico, proposto da Morone (1911), e si distinguono semplicemente due forme (Guizzetti, Valdoni, ecc.), in analogia a quanto si fa del resto per le lesioni tubercolari del polmone: fibrose e distruttive, che possono anche coesistere (Valdoni).

La prima, fibrosa, ipertrofica, fibroadiposa, ecc., è caratterizzata da neoproduzione di tessuto infiammatorio, con formazione di una massa simile a un neoplasma (forma ipertrofica pseudoneoplastica Durante, Razzaboni, Alessandri, Gatti, Tusini, Fiori) ed è quasi esclusiva del cieco-appendice.

Nella seconda si ha una caseosi della placca o del follicolo solitario con formazione di ulcera (ulcera primaria); più ulcere possono confluire dando luogo ad un'ulcera più grande (ulcera secondaria).

Queste ulcere (uniche o multiple) possono guarire dando luogo ad una cicatrice ed eventualmente a una stenosi a seconda della estensione delle ulcerazioni che hanno la tendenza ad assumere, a differenza di quelle tifose (Gamna), la formazione ad anello.

Al processo partecipano sempre, e questo fatto ha notevole importanza, se pure in modo variabile, i linfatici corrispondenti (vasi e ghiandole), i meso, e la sierosa viscerale e parietale dando luogo ad estese e tenaci aderenze fra le anse.

Il segmento d'intestino colpito dalla lesione può perforarsi sia in sede di ulcera, sia a monte di un restringimento per distensione; ma di regola a questo incidente segue una peritonite circoscritta, saccata, di estensione limitata per le aderenze che si formano.

La peritonite invece libera, diffusa, è di osservazione eccezionale e i casi finora noti nella letteratura sono in numero così esiguo (21) che si possono brevemente accennare:

1) Davier (1890): giovane di 26 anni, morto in 5° giorno dall'avvenuta perforazione, non operato;

2) Barbe (1895): uomo di 43 anni, con tubercolosi polmonare, morto dopo poche ore, non operato;

3) Barbe (1895): uomo di 65 anni, operato di laparotomia con drenaggio; la perforazione fu trovata solo all'autopsia, a 15 cm. dal cieco;

4) Abbadie: uomo morto in 9° giorno dall'operazione, perforazioni multiple;

5) Reimann: uomo, operato di laparotomia sutura e drenaggio; guarito;

6-12) Fucs: sette casi tutti seguiti da morte;

13) Wilmoth: donna di 23 anni: laparotomia, drenaggio; morta;

14) Wilmoth e Proust: laparotomia, sutura, drenaggio; guarigione;

15) Baumann: individuo con tubercolosi polmonare;: laparotomia, sutura della perforazione, drenaggio; morto in 20° giorno;

16) Fior, Dol e Aliiaut: un uomo deceduto subito dopo l'intervento;

17) Massa (1932): donna di 37 anni; laparotomia, drenaggio, guarigione;

18) Massa (1932): uomo di 30 anni; laparotomia, sutura, drenaggio, guarigione;

19) Peroni (1932): uomo di 42 anni; laparotomia semplice; decesso entro le 24 ore;

20) Fumagalli (1932): donna con tubercolosi polmonare; operata e guarita; morta dopo 4 mesi per forma miliare;

21) Fumagalli (1932): uomo di 48 anni; perforazione del sigma; appendicostomia; morto per cachessia dopo 4 mesi.

Il caso di Peroni è l'unico osservato nel Padiglione di Chirurgia d'urgenza dell'Ospedale Maggiore di Milano dal 1920 al 1932 su 896 operati per peritonite acuta.

Nell'Istituto Anatomo-Patologico dello stesso Ospedale su 12.068 autopsie la peritonite libera da perforazione di ulcera tubercolare dell'intestino è stata riscontrata 18 volte.

In considerazione di questa rarità ho creduto opportuno render noto questo caso osservato nell'Ospedale Principe Umberto di Castelnuovo Monti nel decorso anno 1933.

C. A., di anni 30. Viene ricoverato d'urgenza il 2 settembre 1933, con diagnosi di peritonite da perforazione appendicolare; sette anni prima ha avuto polmonite, indi pleurite essudativa sinistra; da allora ha sofferto, specialmente nelle stagioni umide, di tosse con scarso espettorato; una settimana prima del ricovero è stato costretto a letto da una febbre ad elevazione serotina, con cefalee e dolori al basso ventre per cui si è purgato due volte.

Nel mattino del 2 settembre verso le ore 3 è stato colto improvvisamente da violento dolore addominale con vomito, alvo chiuso; dopo 6-7 ore, diarrea; alle due del pomeriggio entra in Ospedale.

Ventre a tavola, dolentissimo alla palpazione, più spiccatamente nel quadrante inferiore destro.

In narcosi eterea si procede alla laparotomia paramediana, coll'intendimento di arrivare all'appendice.

Nel cavo peritoneale si trova notevole quantità di liquido purulento, fecaloide.

L'appendice non presenta alterazioni evidenti, per cui si passa ad esaminare il restante intestino.

La porzione terminale dell'ileo appare fortemente arrossata fino al cieco, e a 30 cm. da questo si trova una perforazione della larghezza di 1/2 cm.: in questa parte dell'intestino si osservano diversi altri punti in cui la parete è notevolmente assottigliata e ridotta alla sola sierosa.

Sutura e affondamento della perforazione con alcuni punti in catgut; pulizia del cavo; chiusura completa della parete addominale.

Il decorso post-operatorio presenta di anormale solo una lieve ipertermia serotina con un massimo di 37°,8 che però non accenna a scomparire.

Dopo alcuni giorni si pratica la reazione di Widal, che riesce leggermente positiva per il b. di Eberth al titolo 1/25; quindi di significato molto dubbio.

Dopo una quindicina di giorni dall'intervento si ha nuovamente diarrea e febbre fino a 39°.

Un esame radiologico dell'apparato respiratorio fa rilevare una disseminazione di noduli in tutto

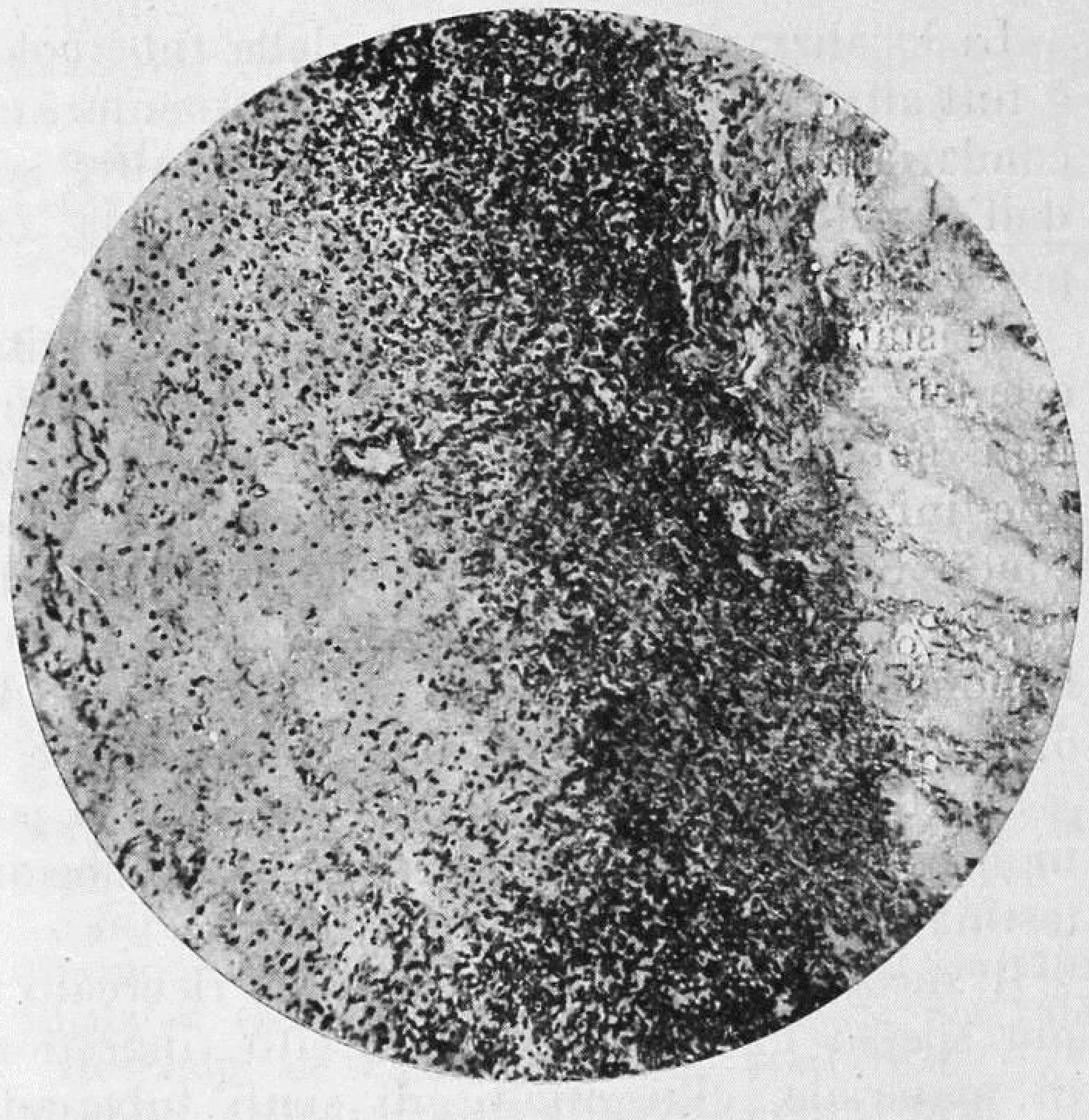


FIG. 1. — Tubercolo in caseificazione dell'ultimo tratto del tenue. A sinistra il centro caesificato, circondato dall'infiltrazione.

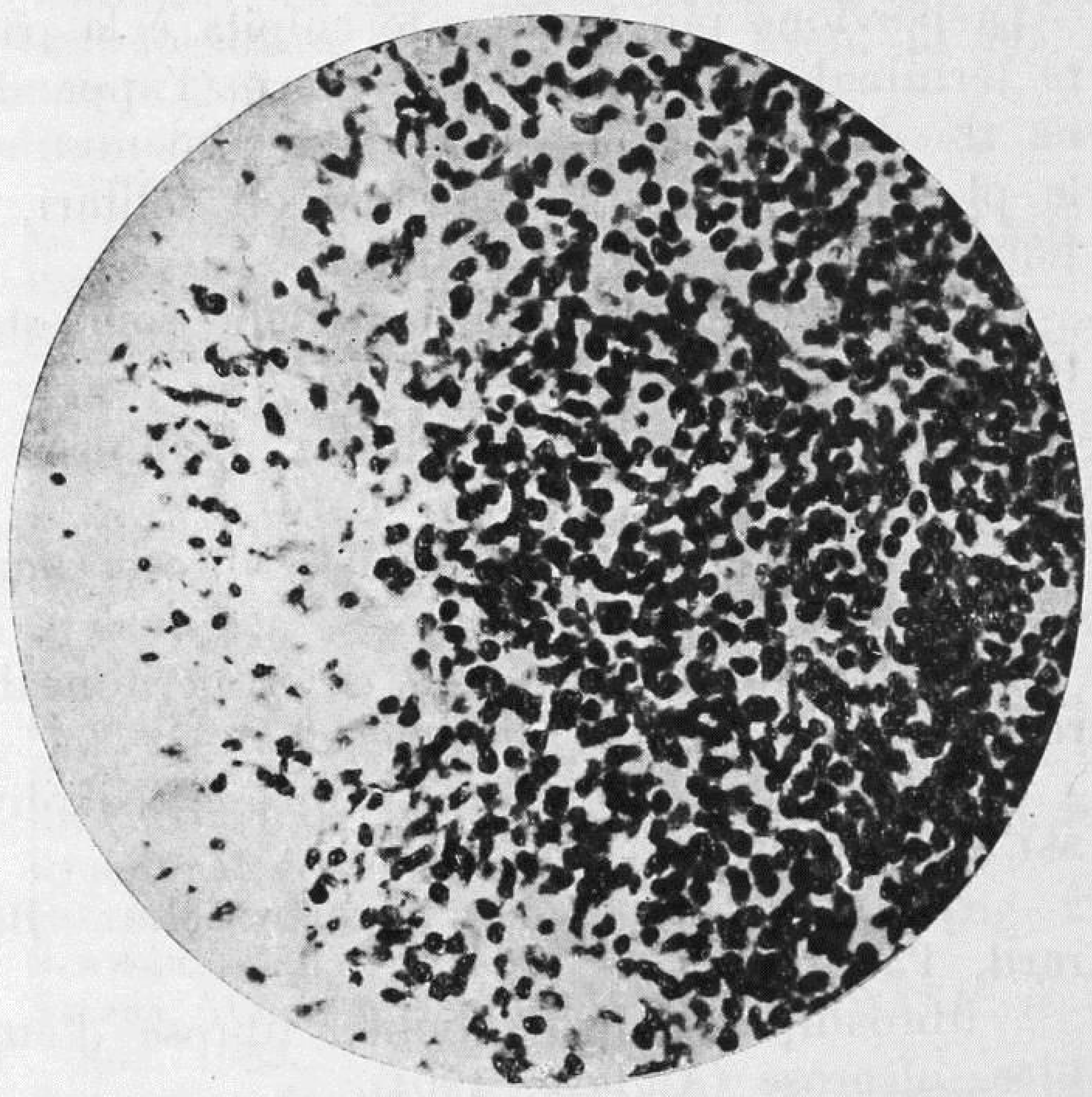


FIG. 2. — La fig. 1 a più forte ingrandimento. Cellule plasmatiche a sinistra, linfociti al centro ed a destra

il campo, ma specialmente a destra; e l'espettorato, benchè scarsissimo, dà il reperto di numerosissimi b. di Koch, per cui il paziente viene trasferito nel reparto Sanatoriale.

Le sue condizioni seguitano a peggiorare e circa alla metà di dicembre ricompare una violenta diarrea che lo porta all'exitus in una settimana, a tre mesi e mezzo dall'intervento.

All'autopsia si asporta la parte terminale dell'ileo.

L'esame istologico in corrispondenza dell'avvenuta perforazione mette in evidenza centri di caseosi, costituiti da un alone linfocitario che circonda una zona di cellule epitelioidi.

Per la natura tubercolare dell'ulcerazione nel caso in esame depongono:

il reperto polmonare giunto a tale grado di evoluzione da dover necessariamente preesistere all'episodio addominale acuto;

la mancanza dei caratteri specifici di una forma eberthiana;

le alterazioni caratteristiche anatomopatologiche.

Le deduzioni e gli ammaestramenti che si possono trarre dal caso sono modesti.

L'intervento è stato determinato da una diagnosi generica di perforazione, con orientamento verso l'appendice, nè, come appare evidente, è possibile in genere una maggiore precisazione.

Wilmoth e Baumann scrivono che sui primi 15 casi pubblicati la diagnosi esatta è stata fatta solo una volta.

Nei successivi solo talvolta si è fatta una diagnosi di probabilità determinata dalla preesistente tubercolosi polmonare manifesta.

Nei due casi di Fumagalli (Clinica Chirurgica di Milano) la diagnosi è stata di peritonite da appendicite.

Come sede della lesione anche il caso attuale conferma la predilezione per la porzione terminale dell'ileo.

Questo concorre a spiegare come raramente venga imputata l'ulcera tubercolare perforata quale causa della peritonite, e come la diagnosi riesca tanto più difficile quando si consideri che la sede di elezione della perforazione è proprio in corrispondenza dell'ultima ansa dell'ileo; per cui l'identificazione coll'appendice perforata balza subito prima di qualunque altro diagnostico.

Comunque può aiutare il fatto che nell'organismo vi siano o vi siano stati focolai o manifestazioni di natura specifica.

Un'accurata indagine anamnestica potrebbe denunciare se precedentemente vi sono state turbe a carico dell'apparato digerente, specialmente dolori all'epigastrio; ma anche questo ha un significato discriminativo di relativo valore, perchè si possono facilmente avere perforazioni appendicolari senza che il malato abbia mai lamentato disturbi.

L'ulcera tubercolare decorre per solito indolente, e senza sintomatologia speciale: qualche volta si hanno scariche diarroiche che possono mettere sull'avviso.

Come intervento è stata in genere eseguita la sutura della perforazione, quando questa è stata trovata, e si è lasciato un drenaggio nel cavo peritoneale. Io mi sono scostato da questa pratica nel senso che, in conformità delle nuove correnti che tendono ad abolire o a limitare il drenaggio, ho chiuso completamente l'addome. Il decorso operatorio, per quanto riguarda l'intervento, è stato regolare e si è avuta una guarigione per primam.

Relativamente all'esito della peritonite libera da perforazione di ulcera tubercolare dell'intestino seguita da intervento, è ovvio che il concetto di guarigione è limitato e ristretto al successo immediato dell'operazione, ma non si può parlare di guarigione definitiva della malattia, la quale il più delle volte è già localizzata in altri organi e sistemi.

Nei 21 casi noti si sono avuti 15 morti a breve distanza dall'incidente; uno a 20 giorni, due a 4 mesi; nel nostro caso il successo è stato ottimo relativamente alla perforazione, ma dopo 3 mesi e mezzo si è avuto il decesso per il progredire dell'affezione tubercolare.

Come e perchè in questi casi vengano a mancare quei fatti di adesione fra le anse, i meso, l'epiploon, sierosa parietale, ecc., per cui invece di una peritonite circoscritta, saccata, si ha una peritonite libera, non è sempre chiaro.

Secondo Abadie questo fatto sarebbe dovuto alla presenza di liquido ascitico che impedisce lo stabilirsi delle aderenze. il quale liquido però non è sempre dimostrabile, come nel caso in parola.

Secondo altri è dovuto al rapido sviluppo della lesione, che non darebbe tempo alle difese di entrare in opera (Barbe, Wilmoth, Peroni).

Questa modalità mi pare molto persuasiva specialmente se intervengano anche fattori esogeni (sforzi, purghe, traumi, ecc.).

Se la perforazione avvenga di preferenza in sede di ulcera o a monte del restringimento provocato dalla stessa, è pure poco chiaro; perchè per arrivare ad una distensione simile, più che un restringimento, sarebbe necessario una occlusione.

Ad ogni modo questo particolare ha scarso valore.

La prognosi di questi pazienti deve essere estremamente riservata; a distanza variabile di tempo sono destinati a soccombere.

La localizzazione tubercolare in altre sedi dell'organismo, o dell'apparato digerente stesso è quasi inevitabile.

Il mio caso, come del resto quelli degli altri osservatori, è sotto questo aspetto dimostrativo.

Se poi la chiusura, senza drenaggio, ha avuto il buon esito che si è detto, ritengo si debba attribuire al fatto che l'intervento è stato eseguito dopo sole 11 ore dall'inizio del quadro acuto e quindi dall'avvenuta perforazione.

Ciò che importa quindi ai fini della terapia è la rapidità della diagnosi, anche se di perforazione generale, e la precocità dell'intervento.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso di peritonite libera da perforazione di ulcera tubercolare dell'intestino, in aggiunta agli altri 21 noti dalla letteratura, in un uomo operato con diagnosi di peritonite generica, a trattamento chiuso, con esito in guarigione del quadro acuto, seguito da morte a distanza di tre mesi e mezzo per tubercolosi polmonare. Espone alcune nozioni di anatomia patologica della lesione, e mette in rilievo il vantaggio dell'intervento sollecito, anche se una diagnosi precisa non è generalmente possibile.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI

CLINICA CHIRURGICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA
Direttore inc.: Prof. F. NIOSI.

Strumento per introdurre le sonde di De Pezzer in vescica.

Dott. VINCENZO CONSIGLIO, assistente.

L'introduzione delle sonde di De Pezzer nella stomia ipogastrica dei soggetti epicistostomizzati per adenomi intraprostatici o per altre affezioni, che ostacolino il deflusso dell'orina dalle vie naturali, viene comunemente eseguita con una piccola klemmer o con una sonda metallica scanalata. Il medico, che è costretto ad introdurre un notevole numero di sonde di De Pezzer, come avviene nei grandi ambienti chirurgici, dove gli epicistostomizzati si presentano ogni 15-20 giorni per il consueto cambio di sonda, talvolta si trova di fronte ad alcune difficoltà, che si possono raggruppare nelle seguenti:

1) In presenza di soggetti obesi molto difficoltata riesce l'introduzione della De Pezzer con una comune sonda scanalata o con una klemmer piccola; talvolta bisogna rinunciare a questi strumenti e ricorrere ad una lunga pinza, che non solo riesce alquanto dolorosa al paziente, causa lo spessore rilevante di questa pinza in confronto alla stomia, ma spesso provoca delle discrete emorragie.

2) L'introduzione della sonda in un tragitto tortuoso riesce molto difficile e dolorosa per l'infermo: per questa ragione si consiglia, ogni volta che si cambia una sonda di De Pezzer, di specillare il tragitto fistoloso per rendersi conto del suo decorso, al fine d'incontrare minor difficoltà nell'introdurre la sonda in una fistola tortuosa.

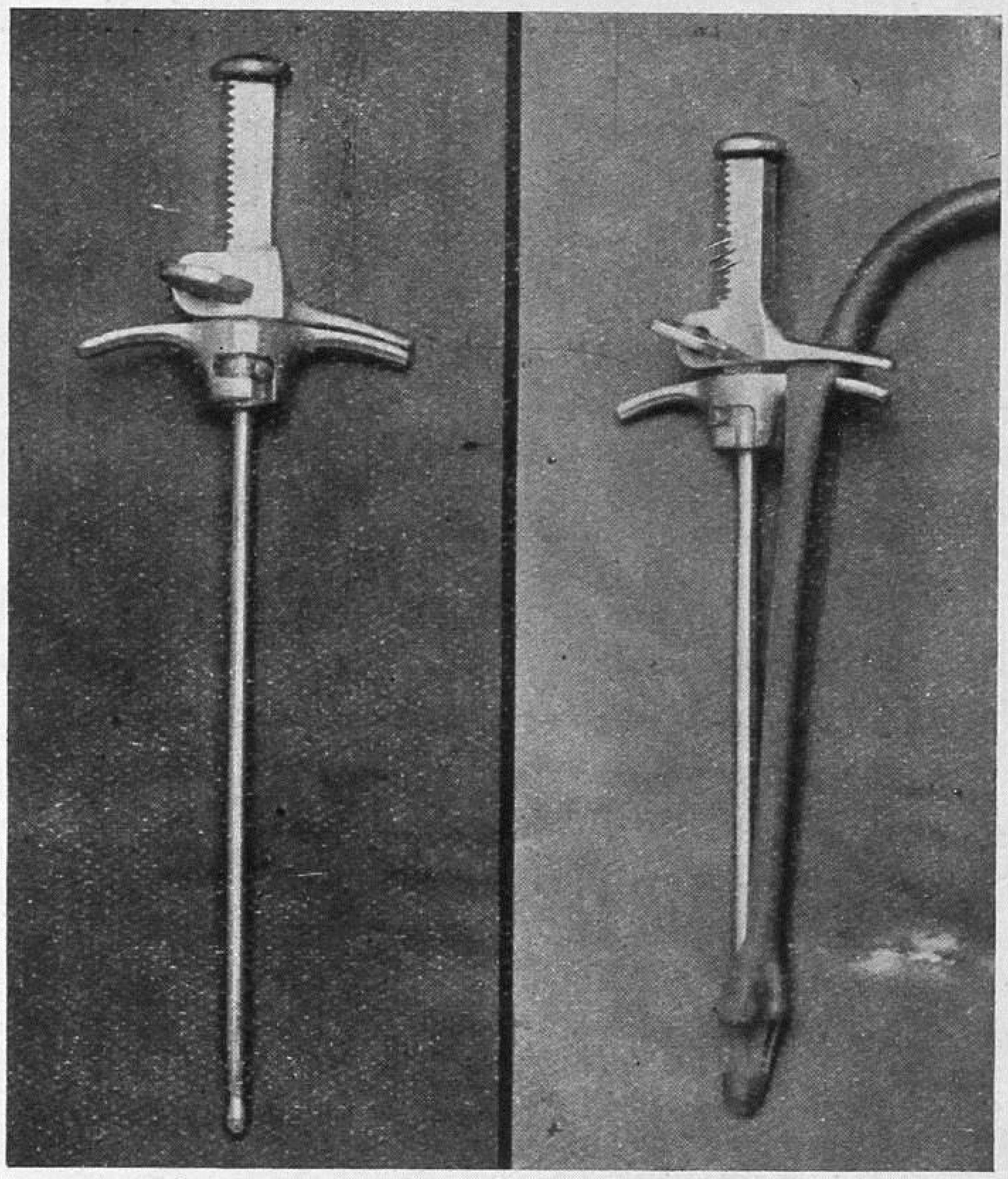


FIG. 1. — A sinistra: riproduzione dello strumento (1/3 circa della grand. natur.). A destra: sonda di De Pezzer applicata allo strumento.

3) Quasi tutti i pazienti epicistostomizzati a lungo andare diventano cistitici gravi per ragioni ovvie; si è costretti quindi ad assistere impotenti di fronte alle loro sofferenze, fortunatamente momentanee, ogni volta che s'introduce una De Pezzer con i soliti mezzi a disposizione.

Allo scopo di facilitare la manovra dell'introduzione della sonda in vescica e di eliminare gli inconvenienti sopraccennati ho ideato uno strumento, che mi accingo a descrivere.

Nella metà sinistra della fig. 1 si vede riprodotto lo strumento, ridotto ad un terzo circa della grandezza naturale, il quale consta di un manico e di un'asta, il tutto in acciaio nichelato. L'asta, lunga 15 centimetri, cilindrica e relativamente sottile, termina all'estremità inferiore ad oliva e s'innesta all'estremo superiore col manico. Il manico rassomiglia a quello di un pugnale, essendo provvisto infe-

riormente di due alette sottili, e si articola con un sistema scorrevole, provvisto anch'esso di un'aletta combaciabile con una delle due alette suddescritte, allo scopo di mantenere automaticamente stirata la sonda di De Pezzer, come viene dimostrato dalla metà destra della fig. 1. Lo strumento è smontabile in quattro pezzi: in tal modo vengono facilitati la pulizia di esso dopo l'uso e il ricambio di qualche pezzo, che accidentalmente si può deteriorare.

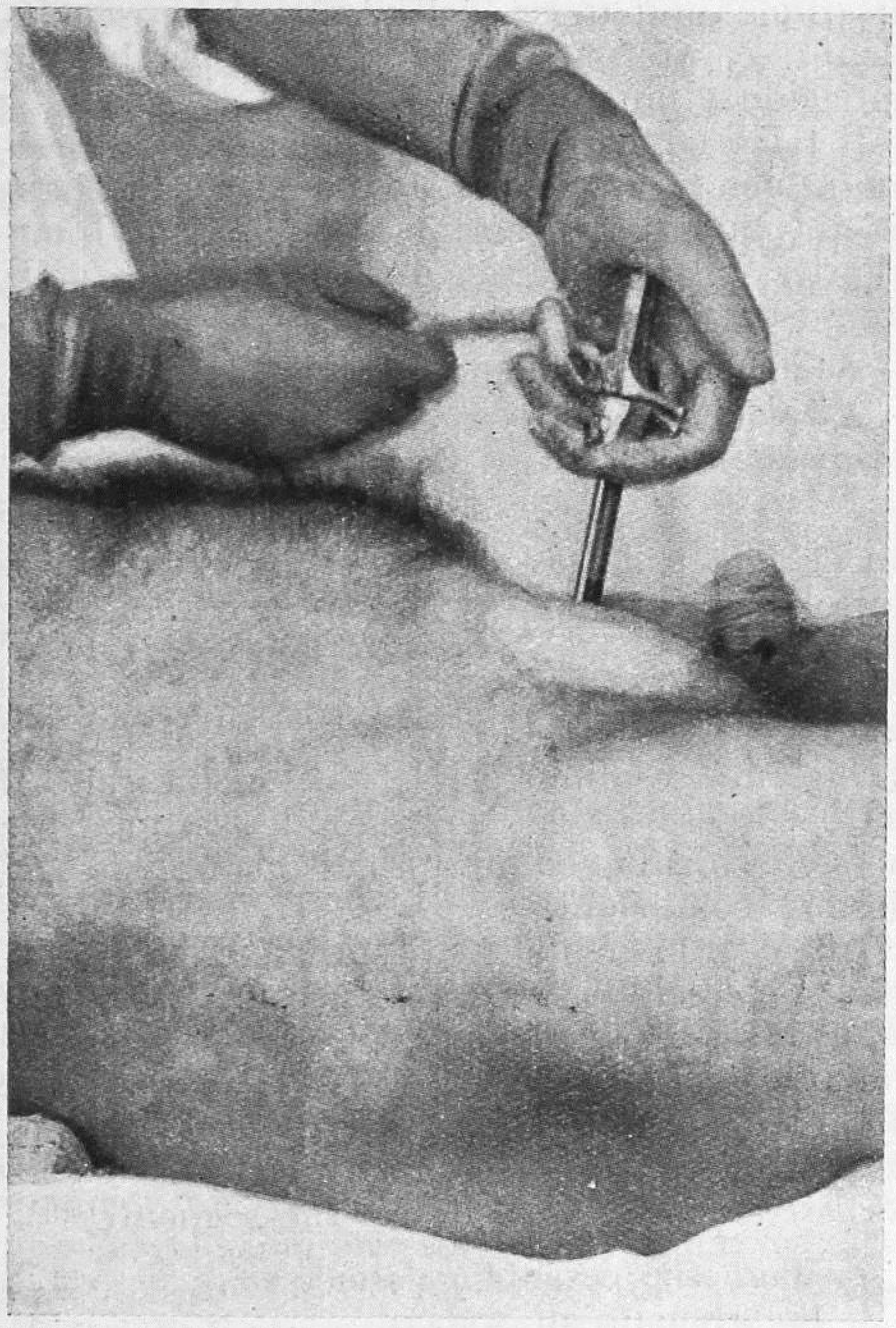


FIG. 2. — Strumento introdotto in vescica (primo tempo).

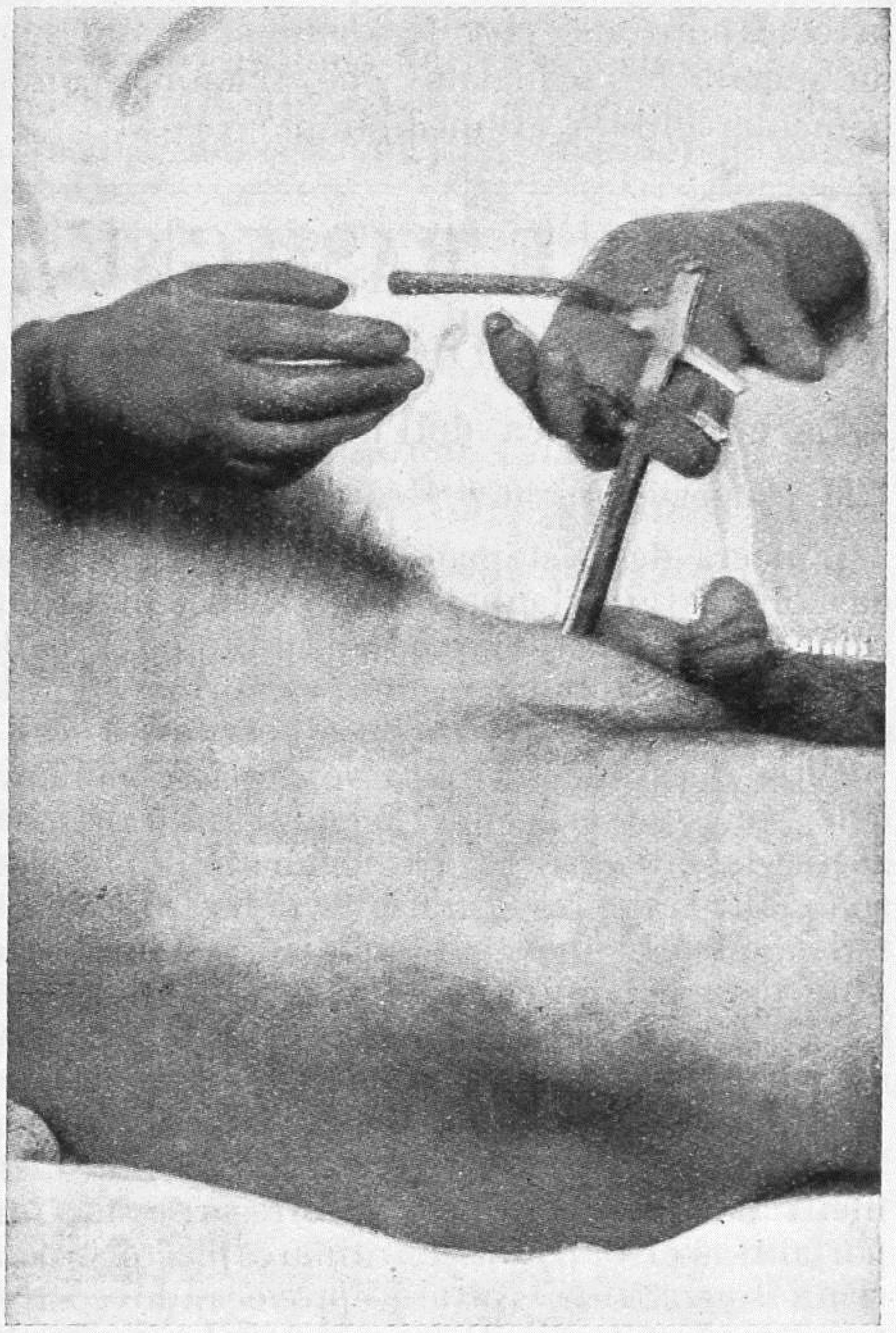


FIG. 3. — Apertura del sistema articolabile al manico con conseguente rilasciamento istantaneo della sonda (secondo tempo).

Le manovre per l'introduzione della De Pezzer sono illustrate dalle figg. 2 e 3: nella prima si vede in quale maniera debba essere impugnato ed introdotto lo strumento nella stomia ipogastrica; nella seconda si osserva il rilasciamento istantaneo della sonda, non appena viene dato mezzo giro di chiave al sistema articolabile al manico; compiuta questa manovra, lo strumento viene estratto dalla fistola ipogastrica, senza incontrare alcun ostacolo di sorta e senza provocare il minimo dolore al paziente.

Lo strumento presenta i seguenti requisiti:

1) Viene eliminato lo specillamento, fastidioso per il paziente, del tragitto fistoloso, poichè l'introduzione dello strumento può compiersi dolcemente a mano leggera, avvertendo il minimo ostacolo e correggendo di conseguenza istintivamente le curve.

2) È possibile superare fistole esageratamente lunghe, nei soggetti obesi, senza provocare dolore ed emorragia, data la lunghezza e la relativa sottigliezza dell'asta metallica.

3) La manovra dell'introduzione si compie facilmente con una sola mano, perchè la sonda viene mantenuta automaticamente al massimo dello stiramento per tutto il tempo dell'introduzione con grande vantaggio per la rapidità della manovra e per il paziente.

4) Ho constatato che i pazienti cistitici soffrono pochissimo o niente per la facilità con cui lo strumento arriva in vescica senza urtare violentemente contro la mucosa vescicale infiammata.

Da qualche tempo ho messo in uso in Clinica tale strumento, che ha incontrato il favore dei Colleghi e degli ammalati portatori di sonda ipogastrica. Non essendo a me noto alcun strumento che serva specificatamente a tale scopo, mi permetto di presentarlo al pub-

blico medico, data la semplicità tecnica di esso e la facilità del suo uso con grande vantaggio degli infermi.

RIASSUNTO.

L'A. illustra uno strumento, da lui ideato, che semplifica l'introduzione delle sonde di De Pezzer in vescica attraverso la stomia ipogastrica; ne dimostra i requisiti e i vantaggi in confronto alle piccole klemmer e alle sonde metalliche scanalate, che vengono comunemente adibite al medesimo scopo.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

La cura medica dell'ulcera gastrica.

(M. LOEPER. *Journal Médical*, marzo 1935).

L'ulcera dello stomaco è una lesione rotonda con margini tagliati a picco, la cui evoluzione progressiva avviene in profondità nella mucosa e sottomucosa fino al corion ed alla tunica muscolare ed anche al peritoneo.

Oltre quest'ulcera tipica ve ne sono più piccole, più superficiali, meno caratteristiche, spesso latenti o silenti clinicamente, e che non sono altro che esulcerazioni della parete gastrica. Mentre queste sono distruzioni di origine tossica o infettiva, l'ulcera vera dipende essenzialmente dalla digestione dello stomaco da parte del succo gastrico.

L'ulcera gastrica può essere dolente dapprima perchè è una ferita, in seguito perchè lede filetti nervosi. Essa può interessare vasi importanti, perforarli, determinare piccoli aneurismi soggetti a rottura, provocando così emorragie più o meno gravi, e talvolta letali.

Il trattamento dell'ulcus deve quindi essere indirizzato a calmare il dolore, e ad arrestare e prevenire le ematemesi. La perforazione richiede l'intervento chirurgico immediato, e perciò non va considerata dal punto di vista della cura medica.

1. L'atropina è un buon calmante perchè ha un'azione complessa; in effetti è antispasmodica, antisecretoria e modificatrice del muco. È preferibile alla morfina la quale talvolta aumenta la secrezione cloridrica e prolunga la digestione. L'atropina si somministra per os o ipodermicamente alla dose di ½-1 milligramma.

Le emorragie si curano con l'adrenalina ed il cloruro di calcio per via boccale, il siero gelatinato e l'ergotinina per via ipodermica. Quando l'emorragia è abbondante occorre la trasfusione che agisce sia come antianemico sia come emostatizzante. Essa s'impone quando l'emazie discendono al di sotto di 2.500.000 e vanno ripetute ogni quattro giorni alla dose di 300 cmc. Quando l'emorragia è tale da compromettere la vita del paziente è necessario l'intervento chirurgico.

Il riposo a letto e l'astinenza da qualsiasi cibo è sempre indispensabile nel caso di emorragie o di vomiti. Quindi si comincerà a dare latte, eventualmente citratato o zuccherato in caso di vomito.

2. La cura locale è essenzialmente topica.

Il carbonato di bismuto costituisce una medicazione protettrice dell'ulcera dolorosa. Da alcuni è preferito il sottonitrato perchè più antiacido e più mucorroico.

Il talco ed il caolino non hanno la medesima azione protettrice e modificatrice, ma hanno il vantaggio di essere meno tossici. I migliori risultati si hanno dalla mescolanza delle tre sostanze:

Carbonato di bismuto
Talco
Caolino
anagrammi 15

un cucchiaio da tavola la mattina a digiuno e verso le ore 18, preso possibilmente in posizione sdraiata.

Eventualmente si può aggiungere a dette sostanze per fissarle sulla mucosa, gelosia o gelatina (un grammo) per le dosi su indicate, il tutto sospeso in 250 grammi di sciroppo. Se ne somministra sempre un cucchiaio nelle medesime condizioni.

Gli alcalini hanno la proprietà di neutralizzare l'iperacidità, riescono pertanto calmanti e curativi. Il metodo più utile di somministrazione è quello di Sippy. Si dà al malato ogni ora e mezzo un piccolo pasto di 50 gr. di latte e 50 gr. di crema, e dopo una mezz'ora alternativamente una delle cartine seguenti:

Magnesia pesante calcinata
Bicarbonato di soda
anagr. 0.50.

Bicarbonato di soda
Bicarbonato di calcio
anagr. 0.50.

3. La dieta degli ulcerosi deve essere rigorosa.

Nel periodo acuto, dopo un'emorragia, si deve osservare per qualche giorno il digiuno assoluto. Poi si passerà all'acqua zuccherata che è inoffensiva. Si è detto che lo zucchero provoca spesso bruciore e acidità. Ciò vale per lo zucchero caramellato, per le marmellate, per i frutti o il miele. Lo zucchero cristallino, invece, dato in soluzione, ha un valore terapeutico innegabile: provoca una leucocitosi abbondante, riduce la secrezione cloridrica, è nutritivo.

L'alimento più indicato per gli ulcerosi è il latte, che mentre contiene tutti gli elementi nutritivi, è relativamente poco irritante e poco eccitante della secrezione gastrica. Per impedire la coagulazione in massa, che ne rende

difficile la digestione, si può aggiungere citrato di soda, che è anche antiacido. Ad un litro di soluzione acquosa di citrato al 5 ‰, si aggiunge da 1/3 a 4/5 di latte a seconda i casi.

In seguito si potrà dare ai malati: tapioca, purée di patate, paste ecc. Si proibirà il sale, le fritture, le salse, le spezie, l'alcool sotto tutte le forme, si ridurrà la carne, al posto del pane ordinario si darà pane biscottato.

Nel periodo acuto iniziale all'alimentazione boccale si può sostituire quella rettale: clisteri di zucchero, peptone, latte, rosso d'uovo ecc. Ma siffatta alimentazione è precaria; spesso irrita il retto e non è veramente nutritiva. In effetti il latte non è assorbito nella sua totalità e 9/10 del rosso d'uovo non attraversano la mucosa intestinale. Gli aminoacidi hanno più un interesse teorico che un'utilità pratica.

L'alimentazione con la sonda nel duodeno e nel digiuno ha dato talvolta buoni risultati, ma può essere pericolosa quando lo stomaco è fragile, ulcerato, sanguinante.

4. Per quel che riguarda le indicazioni ed i limiti del trattamento chirurgico è un errore ritenere che l'operazione debba essere sistematicamente praticata. L'ulcera non callosa deve essere almeno per un certo tempo curata con mezzi medici che spesso danno la guarigione. L'intervento chirurgico è indicato quando persistono i dolori e le emorragie, quando esistono aderenze, quando l'ulcera è callosa.

Attualmente alla gastroenterostomia si preferisce la resezione dell'ulcera o anche dell'antro pilorico totale, che dà risultati migliori e più definitivi.

5. I metodi biologici generali di protezione dello stomaco tendono ad aumentare la secrezione del muco ed i leucociti. A tale scopo giovano le soluzioni pressochè isotoniche di zucchero (35-40 ‰) e l'ingestione di preparazioni speciali di muco. Ma il medicamento più indicato è l'atropina, che mentre aumenta la secrezione mucosa e leucocitaria riduce quella acida.

6. Le cure parenterali a base di antisettici e di vaccini da germi prelevati nell'ulcera non hanno dato risultati incoraggianti. Parimenti le iniezioni di preparati alcalini e di calcio non hanno dato successi evidenti.

Delle cure opoterapiche a base di preparati paratiroidei, surrenali e d'insulina, solo questa ultima merita di essere presa in considerazione in quanto è senza dubbio una sostanza riparatrice ed in parte anche antiacida.

La proteinoterapia ha dato talvolta risultati convincenti. Essa avrebbe un'azione desensibilizzante ed insieme antispasmodica e vagolitica.

Al riguardo va notato che i successi più evidenti si sono avuti con le iniezioni di pepsina (5-10 centigrammi per cmc.) specie se associata ad un alcalino, e sopra tutto con il benzoato di soda, le cui iniezioni anche da solo hanno reso notevoli servizi in un gran numero di ulcerosi. In Italia si sostiene che i vantaggi siano da attribuirsi esclusivamente al benzoato di soda e si suggeriscono le iniezioni endovenose di questo sale.

Il miglioramento ottenuto con le iniezioni di pepsina si può constatare con le modificazioni del reperto radiologico, la cessazione dei dolori e la diminuzione dell'acidità. Dopo la 6ª o 7ª iniezione i malati non soffrono più. I soli incidenti che si verificano sono una leggera reazione termica ed un arrossamento nel punto di iniezione.

7. Quando esistono aderenze, callosità, conviene operare. Tuttavia si può tentare di provocarne la dissoluzione con iniezioni di thiosinamina.

Talvolta la persistenza dei dolori è dovuta a gastroneuriti, per la cura delle quali è indicato il bromuro di mesotorio (un microgramma per iniezione intramuscolare). DR.

Ulcera peptica. Lesioni croniche del duodeno prodotte sperimentalmente in seguito a una disfunzione pilorica.

(CHARLES BRUCE MORTON. *Archives of Surgery*, marzo 1934).

Nei malati di ulcera peptica, gastrica o duodenale, si riscontra spesso una disfunzione del piloro, che non è una stenosi passiva ma un disturbo attivo del normale ritmo del piloro. Radiologicamente e durante l'intervento sono stati dimostrati spasmi, ipertonicità e qualche volta anche una lieve ipertrofia; questi fenomeni sono così frequenti che sono stati interpretati come concomitanti all'ulcera peptica.

Esistono oggi due teorie in conflitto sulla disfunzione del piloro nell'ulcera peptica; per una di esse, la disfunzione è secondaria all'ulcera, per l'altra essa è primitiva e perciò può avere qualche rapporto con l'etiologia dell'ulcera peptica. Stando così le cose l'A. ha voluto provocare sperimentalmente una disfunzione pilorica per studiare le relazioni che esistono tra la disfunzione del piloro e la formazione dell'ulcera peptica.

Gli esperimenti sono stati eseguiti su otto cani; l'A. ha resecato in tutta la sua circonferenza un tratto di digiuno per la lunghezza di due o tre centim. facendo in modo che questo anello digiunale fosse completamente vitale, fornito cioè del suo mesentere e dei vasi sanguigni relativi. Ha poi ristabilito la continuità del digiuno con un'anastomosi termino-terminale. L'anello digiunale così isolato è stato privato dello strato mucoso mettendo direttamente allo scoperto lo strato muscolare, ed è stato poi suturato con pochi punti staccati intorno al piloro, in modo da formare un anello al disopra di questo, una specie di piloro accessorio.

L'A. ha osservato che l'anello digiunale ha delle contrazioni sue proprie che si trasmettono al piloro disturbando il suo normale ritmo di contrazione. Radiologicamente si osserva che lo svuotamento dello stomaco è molto meno

regolare e ritmico in confronto di un animale di controllo, ed è considerevolmente aumentato il tempo dello svuotamento. L'esame istologico rilevò alterazioni simili a quelle caratteristiche della duodenite nell'uomo. Esse consistono in erosioni superficiali della mucosa, infiltrazione di linfociti, leucociti polimorfonucleati e cellule plasmatiche nella mucosa e sottomucosa, congestione dei capillari, lieve edema e iperplasia connettivale, segni di aumentata attività delle glandole epiteliali.

Concludendo, i risultati degli esperimenti mostrano che una disfunzione pilorica primitiva può causare lesioni infiammatorie croniche del duodeno; nel cane la lesione è una duodenite che è quasi identica alla duodenite dell'uomo. Dati i rapporti clinici tra la duodenite e l'ulcera duodenale è almeno suggestivo ritenere che i risultati sperimentali possano indicare una causa dell'ulcera peptica.

R. MARTONE.

Primo caso di simpatoma simpatoblastico gastrico registrato in Argentina.

(M. G. RODRIGUEZ e A. E. BIANCHI. *Sociedad de Cirurgia de Buenos Aires*, 21 novembre 1934).

Gli AA. presentano un caso rarissimo di simpatoma simpatoblastico dello stomaco: si trattava di una donna di 63 anni, senza speciali precedenti morbosi familiari e personali che da due anni avvertiva senso di peso all'epigastrio e da un anno dolore non in rapporto con i pasti, non nausea, non vomito nè ematemesi. L'esame obbiettivo faceva rilevare in corrispondenza dell'epigastrio un sollevamento di forma rotondeggiante, indolente, duro mobile. L'esame del succo gastrico faceva notare: assenza di acido cloridrico libero sia prima che dopo il pasto di prova, acidità totale 0,40.

Radiologicamente: difetto di riempimento in corrispondenza della parete anteriore dello stomaco molto vicino al piloro, di forma ovoidale a limiti netti, con pliche gastriche ben conservate fino ai limiti del tumore. Fatta diagnosi di tumore benigno dello stomaco fu praticato intervento consistente in resezione gastrica alla Reichel-Polya con la modificazione di Hoffmeister-Finsterer. Fu rinvenuto un tumore rotondeggiante della parete anteriore procidente nella cavità gastrica senza ulcerazione della mucosa. Decorso post-operatorio normale, guarigione.

L'esame istologico fece fare diagnosi di simpatoma simpaticoblastico per presenza di cellule irregolari con grosso nucleo cromofilo, protoplasma abbondante argentofilo, senza granuli tigroidi, senza neuro-fibrille; oltre a questi elementi cellule a tipo linfocitoide. Tra i gruppi cellulari una finissima rete di fibrille. In alcuni campi presenza di simpatoblasti piriformi bipolari e multipolari.

Gli AA. concludono dicendo che i simpatomi a tipo embrionario sono tumori fatalmente maligni, ma che la loro osservazione ha dimostrato al contrario.

M. PLASTINA.

Il trattamento del prolasso del retto col metodo della colopessia aponeurotica.

(A. BADSIEWSKY. *Lyon Chir.*, n. 6, 1934).

L'A. descrive un suo metodo operatorio per il prolasso rettale: incisione di 12 cm. nella fossa iliaca S. parallela all'arcata inguinale, un dito e mezzo al di sopra di essa, con punto medio alla S. I. A. S. Scoperta l'aponeurosi, ne isola per tutta l'estensione dell'incisione una benderella larga 1 1/2 cm. che agli estremi lascia in continuità con la rimanente aponeurosi. Solleva quindi il piccolo obliquo e trasverso, sfibrandoli indietro; scopre il peritoneo e quindi lo apre portando la benderella aponeurotica dentro l'addome. Afferra allora il sigma e lo stira in alto, riducendo il prolasso completamente, e lo affida alla mano di un assistente, che deve mantenerlo in tale posizione sino al termine dell'operazione. Sutura quindi i due margini della benderella aponeurotica al sigma, in corrispondenza della tenia opposta all'inserzione mesenteriale di esso. Solo allora l'assistente abbandona il sigma che si trova sospeso nell'addome alla benderella aponeurotica, la quale viene, in corrispondenza degli angoli, fissata al peritoneo nella chiusura dell'addome, che si esegue a strati.

L'A. si è trovato contento del metodo e lo raccomanda.

R. GRASSO.

SISTEMA NERVOSO.

La diagnosi precoce della poliomielite.

(W. CATEL. *Medizinische Klinik*, aprile 1935).

Secondo le vecchie descrizioni la poliomielite aveva di caratteristico l'inizio: i bambini erano improvvisamente colpiti dalla malattia, la sera andavano a letto del tutto sani e la mattina si svegliavano paralitici. Le epidemie degli ultimi anni hanno dimostrato che un così fatto inizio è possibile ma non costituisce la regola: nell'80 % dei casi le paralisi sogliono essere precedute da uno stadio preparalitico.

Questo stadio preparalitico è multiforme sia per la varietà come per la intensità delle manifestazioni cliniche. Più comunemente ad una febbre iniziale seguono alcuni giorni di completo benessere, dopo di che si ha di nuovo febbre accompagnata da fenomeni irritativi, sensitivi e motori ai quali succedono le paralisi. Gordon considera la febbre iniziale come lo stadio dell'infezione generale, il quale dura da uno a tre giorni, l'intervallo afebbrile come il periodo di latenza, ed il nuovo rialzo della temperatura come stadio preparalitico, che dura da uno a sei giorni.

Ma questa distinzione delle varie fasi è troppo schematica, e non riesce utile dal punto di vista clinico pratico.

Il riconoscimento dei sintomi clinici nello stadio preparalitico ha una grande importanza, perchè in questo periodo la contagiosità della poliomielite è grandissima e l'isolamento degli infermi può ridurre la diffusione del male.

La febbre iniziale oscilla tra piccole piressie e temperature altissime, fino a 41°. Può essere accompagnata o non da altri fatti che però non hanno nulla di caratteristico: i pazienti lamentano dolori al capo o al collo, in alcuni si possono riscontrare segni di infezioni catarrali delle vie respiratorie, in altri disturbi gastro-intestinali (vomito, diarrea, stipsi), che possono perfino simulare il quadro dell'appendicite. Spesso i bambini accusano un senso di spossatezza o di debolezza in determinati gruppi muscolari, che può comparire anche nel periodo d'incubazione, e che, specie da Bessau, è ritenuto come il sintoma più precoce: i ragazzi all'improvviso non possono più fare le loro passeggiate o sollevarsi dal vaso sul quale erano seduti. Anche Wieland descrive uno stato di astenia precedente alla comparsa delle paralisi.

Dopo qualche giorno i sintomi su accennati possono migliorare o scomparire del tutto, così che segue uno stato di completo o quasi completo benessere ed i ragazzi più grandicelli possono di nuovo andare alla scuola. Dopo un breve periodo, che varia da uno a sei giorni contemporaneamente ad una nuova elevazione febbrile compaiono fenomeni d'irritazione sensitiva e motoria, i quali provano che la malattia ha colpito il sistema nervoso centrale. I sintomi motori consistono in tremori generalizzati o atassici, spasmi muscolari, che Hässler constatò nel 10 % dei casi. Molto più accentuati e più importanti ai fini della diagnosi sono i fenomeni sensitivi. Si ha quasi sempre iperestesia tattile. Nei gruppi muscolari che diventeranno paralizzati compaiono dolori più o meno violenti sia spontanei, sia a seguito di movimenti o alla pressione. La pressione o la distensione dei tronchi nervosi provoca dolore (segno di Lasègue); ha carattere quasi patognomonico, tra l'iperidrosi generale o localizzata indipendente dalla febbre.

Dagli autori anglosassoni furono descritti due segni, che meritano particolare attenzione:

1) Se si invita un ragazzo nello stadio preparalitico, stando in posizione seduta, a toccarsi con la bocca le ginocchia, egli nel tentativo di eseguire l'ordine avverte un dolore al dorso così violento di rimanere immobilizzato.

2) Nello stadio preparalitico il piccolo infermo appoggia ambo le braccia come per scaricare la colonna vertebrale, e riprende subito questa stessa posizione quando gli si ordina d'incrociare le braccia.

La rigidità nucale, i segni di Kernig e di Brudzinski completano la sintomatologia della meningite incipiente.

I riflessi patellari dapprima esagerati e poi indeboliti o aboliti hanno molta importanza per la diagnosi precoce della poliomielite, specie quando tali modificazioni sono bilaterali.

Solo eccezionalmente si hanno brividi, herpes labialis o perdita di coscienza, mentre più frequentemente si riscontra uno stato di sonnolenza o d'irrequietezza del piccolo infermo.

La malattia si può iniziare anche con esantemi morbilliformi, scarlattiniformi, o a tipo di orticaria o di miliare.

La puntura lombare ha un'importanza diagnostica molto più notevole. Di regola il liquor già nel periodo preparalitico presenta alterazioni patologiche, due delle quali particolarmente interessanti: aumento della pressione e del contenuto cellulare. Prevalgono i linfociti, mentre i leucociti solo eccezionalmente raggiungono il 50 %. Il contenuto di albumina al principio della malattia è più scarso che nel periodo successivo, ed il contenuto di zucchero può essere normale o leggermente aumentato.

Nel sangue il numero dei corpuscoli può essere normale, aumentato o diminuito.

La velocità di sedimentazione degli eritrociti normale o diminuita è indice più di poliomielite che di altre infezioni.

L'esperienza ha dimostrato che la diagnosi differenziale della paralisi infantile presenta grandissime difficoltà, che sono insuperabili quando si tratta di casi sporadici che si verificano all'infuori di epidemie. Nella sua fase iniziale la malattia viene comunemente scambiata con altre affezioni: nasofaringite, meningite cerebro-spinale, otite media, meningite tubercolare, gastro-enterite acuta, tonsillite acuta, reumatismo articolare acuto, pneumonite lobare, broncopolmonite, appendicite.

Si è affermato che il riconoscimento esatto dei sintomi dello stadio preparalitico della poliomielite, oltre che ai fini profilattici già accennati, ha importanza ai fini curativi in quanto in detta fase il siero di convalescenti della stessa malattia darebbe notevoli vantaggi prevenendo la comparsa della paralisi. In Germania un tale punto di vista è stato molto discusso, ed in America tale metodo curativo applicato in un gran numero di casi non ha dato risultati soddisfacenti sia per la prevenzione della paralisi sia in riguardo alla mortalità.

DR.

Semeiologia delle modificazioni del liquido cefalo-rachidiano.

(L. ROUQUÈS. *Presse Médicale*, 13 febbr. 1935).

Data la resistenza che oppongono i malati a far ripetere la puntura lombare occorre in una sola volta praticare tutti gli esami utili.

La *pressione* va presa facendo assumere una

particolare attitudine: sdraiato su di un lato, in pieno rilasciamento muscolare. Si applica il manometro di Claude prima che dall'ago sia uscita una qualsiasi quantità di liquido.

In condizioni normali la pressione varia tra 15 e 20 mm., ma non v'ha ipertensione al di sotto di 30.

Negli ipertesi arteriosi la pressione del liquor rimane normale se non v'è ipertensione venosa.

Quando si sospetta una compressione midollare si pratica la manovra di Queckenstedt-Stookey, il cui manometro pur essendo meno esatto indica le rapide variazioni della pressione. Allo stato normale la compressione delle giugulari provoca un'ipertensione lombare che scompare rapidamente con la fine della compressione. Nel caso di ostacolo nel canale rachideo la pressione lombare può elevarsi meno rapidamente, abbassarsi lentamente, o restare stazionaria.

Il *contenuto in cellule* del liquido normale non supera i tre leucociti, in gran parte linfociti, per cmc. La conta deve essere fatta subito dopo la puntura perchè la sedimentazione falsa i risultati.

L'*esame batteriologico* si pratica nelle meningiti acute e comporta l'esame microscopico diretto del sedimento, la cultura ed eventualmente la inoculazione.

Il tasso normale di *albumina* è di 15-20 cgr. per litro. Occorre tener presente che le piccole emorragie provocate dall'ago l'aumentano sensibilmente. Il contenuto di albumina può essere molto elevato: allora il liquor ha una tinta giallastra e coagula spontaneamente in massa (sindrome di Froin). In genere l'iperalbuminosi e la leucocitosi vanno di pari passo: la dissociazione albumino-citologica (con aumento notevole dell'albumina e scarsa o nulla leucocitosi) è frequente nelle compressioni.

La reazione di Nonne al solfato d'ammonio e quella di Weichbrodt al sublimato sono dovute all'eccesso di globulina e sono presenti nei sifilitici. Risultano negative quando l'iperalbuminosi è dovuta ad eccesso di serina come nella meningite tubercolare.

La *glicorachia* non ha un valore semeiologico definito: in genere è sotto la dipendenza della glicemia.

La *reazione di Wassermann* positiva è indice di sifilide, ma può riscontrarsi anche nei tumori cerebrali e nelle compressioni midollari con liquor fortemente albuminoso o xantocromico. Questa pseudo-reazione però scompare con il riscaldamento a 56° per mezz'ora. In ogni caso la reazione deve essere praticata simultaneamente nel sangue, quantunque non sempre vi sia al riguardo parallelismo tra sangue e liquor.

La *reazione al benzoino* è la sola reazione colloidale probativa, quella all'oro può dare errori. Consiste nella determinazione della flocculazione di una soluzione colloidale di benzoino in mezzo clorurato sodico ed in presenza di diluizioni crescenti di liquor. La reazione non ha valore quando il liquor è xantocromico, purulento o fortemente albuminoso.

Il *liquor ematico* è indice di emorragia cerebro-meningea.

Per assicurarsi che il sangue non provenga dalla ferita di un vaso prodotta dall'ago si può raccogliere il liquor in tre provette differenti: nel caso di puntura vasale nella terza provetta è limpido, mentre è uniformemente colorato nell'altro.

Ma questo metodo ha l'inconveniente di richiedere una sottrazione abbondante di liquido, che in alcuni casi può provocare una decompressione pericolosa mobilitando coaguli fragili e rinnovando l'emorragia. Per la ricerca in questione bastano poche goccie di liquor: dopo centrifugazione o sedimentazione spontanea nel caso di emorragia prodotta dalla puntura si forma un coagulo che impedisce l'emolisi, la quale invece si ha nel caso di emorragia meningea.

La puntura lombare è pericolosa nella fase iniziale delle emorragie meningee, ma diviene utile in seguito perchè diminuisce l'ipertensione: il liquido a poco a poco perde il contenuto di sangue e diventa xantocromico.

Nell'*itterizia* il liquor diventa leggermente giallastro solo quando la ritenzione biliare è prolungata (calcolo del coledoco, cancro del pancreas).

Il *liquor purulento* o *puriforme* si ha nelle meningiti infettive acute.

Vi sono tuttavia forme di meningiti acute nelle quali il liquido rimane limpido. In queste forme il fatto più interessante è la linfocitosi, quantunque in qualche stadio la percentuale di polinucleari non è trascurabile. La più importante di queste meningiti è quella tubercolare: il liquor presenta una linfocitosi notevole, un'albuminosi netta con reazione negativa delle globuline, reazione al benzoino colloidale fortemente positiva, presenza di bacilli di Koch rilevabile solo dopo arricchimento e forte centrifugazione.

Oltre quella tubercolare si possono avere altre meningiti acute con linfocitosi, come quelle da sifilide, da poliomielite, a forma meningea, da parotite, da herpes, da spirochetosi, da verminosi.

Nella *sifilide nervosa* le reazioni del liquor sono caratterizzate: 1) da una leucocitosi costituita da linfociti e mononucleari, cui si possono aggiungere polinucleari e plasmzellen; 2) da iperalbuminosi netta con reazione della globulina positiva; 3) da reazione del benzoino colloidale positiva; 4) da reazione di Wassermann positiva.

Nei sifilitici o negli eredosifilitici si possono avere tutte o parti delle dette reazioni senza alcuna manifestazione clinica nervosa. Recentemente è stata richiamata l'attenzione su

questi fatti considerandoli come premunitori della metalue nervosa (paralisi progressiva o tabe). La presenza delle reazioni stesse, che dovrebbero essere sistematicamente praticate dopo il terzo o quarto anno dal contagio, dovrebbero indurre alla cura intensiva specifica come se le manifestazioni cliniche si fossero già determinate.

Nella *sclerosi a placche* la linfocitosi è incostante e rimane, comunque, sempre moderata. L'albuminosi è quasi sempre assente. Il benzoino è positivo e la Wassermann è negativa. Questa dissociazione benzoino-Wassermann è un sintoma probativo per la sclerosi a placche, ma non è patognomonica potendo essere riscontrata anche nella cisticercosi del nevrasse e nella malattia del sonno, nonchè nella neurosifilide, dove però si ha l'inverso della sclerosi a placche, una linfocitosi ed una iperalbuminosi netta con reazione delle globuline positive.

Nei *tumori cerebrali* il liquido può essere iperteso in relazione alla sede ed alla rapidità di sviluppo del neoplasma, e presentare una dissociazione albumino-citologica in relazione alla sua natura istologica.

La diagnosi differenziale fra tumori e rammollimenti può essere difficile, tanto più che in alcuni rammollimenti esiste insufficienza renale e quindi edema papillare simulante la stasi, e la puntura lombare non offre elementi discriminativi in quanto l'ipertensione del liquor può esistere negl'ipertesi con ipertensione venosa e la dissociazione albumino-citologica non è rara nei rammollimenti.

Nella *compressione midollare* (tumori, aracnoiditi) non c'è ipertensione rachidea, ma la prova di Stookey è sempre perturbata, e deve essere quindi sempre praticata insieme alla prova del lipiodol che la completa; la dissociazione albumino-citologica è di solito più accentuata che nei tumori cerebrali e la sindrome di Froin non è rara.

Vi sono molte affezioni nervose nelle quali pure essendovi modificazioni del liquor, esse non hanno nulla di caratteristico. Talora nell'encefalite letargica acuta e nella malattia di Heine-Medin si nota una linfocitosi ed un'albuminosi più o meno accentuata, e precipitazione al benzoino; nelle radico-neuriti si nota una dissociazione albumino-citologica. Nella sclerosi laterale amiotrofica e nel morbo di Friedreich il liquor è di solito normale, ma nella fase iniziale possono constatarsi anomalie transitorie ancora poco note. DR.

La cura chirurgica della siringomielia.

(JUZELEVSKY. *Dtsch. z. Chir.*, 244, 503, 1935).

La cura chirurgica della siringomielia è stata iniziata da Puusepp, tuttavia già prima di lui, Fedor Krause e Christoph avevano escogitato processi analoghi.

Da allora l'A., del reparto neurochirurgico dell'Istituto Bechterew di Leningrado, ha raccolto nella letteratura 104 casi di siringomielite operati di « siringostomia ». L'operazione consiste nel drenare il cavo cistico nel cavo rachideo. La sede del cavo cistico si può stabilire neurologicamente e precisare radiologicamente con l'Ipojodol. L'incisione delle meningi va praticata con prudenza dissecando i due foglietti, per evitare di incidere contemporaneamente il midollo rigonfiato dalla cisti. Sono stati proposti vari punti in cui va inciso il midollo, ma l'A. dice che bisogna regolarsi volta per volta, incidendo verticalmente là dove il rigonfiamento sia più pronunciato.

Vari metodi sono stati proposti per mantenere aperta l'apertura, come immissione nell'incisione di meninge ecc.

L'A., sulla base dei suoi 23 casi, ritiene tali manovre inutili; il drenaggio resta beante senza che ci si faccia nulla. In un caso in cui in un operato per siringomielia si era praticata 2 anni dopo una laminectomia, l'apertura praticata era ancora beante.

Fra i pericoli va segnalata la lesione delle vie piramidali.

L'esame dei 23 casi dell'A. permette di asserire che la terapia chirurgica della siringomielia dà dei buoni risultati, ma non duraturi. In nessun caso si ebbe guarigione completa, ma in quasi tutti i casi si ebbe regressione, e talora scomparsa dei dolori spontanei, aumento della forza muscolare, riduzione delle zone di anestesia. Però, dopo un periodo più o meno lungo, i disturbi ricompaiono.

Strano è il fatto come reagiscano favorevolmente non solo i casi di siringomielia cistica, ma anche nella forma « secca », senza formazione di cisti.

Ciò è molto strano anche perchè ci fa apparire inspiegabile il meccanismo d'azione dell'intervento.

Un altro fatto che ci rende ancora più inspiegabile tale meccanismo di azione, è di ordine sperimentale ed è il seguente: l'A. ha determinato la pressione intracistica ed intrarachidea ed ha visto che la pressione all'interno della cisti è uguale a quella del canale rachideo. Ciò rende inaccettabile la spiegazione che generalmente si dà del meccanismo di azione della siringomielostomia, che cioè essa valga a equilibrare la pressione endocistica e rachidea.

L'A. suppone invece che l'operazione regolarizzi, mediante l'afflosciamento della cisti, la circolazione.

L'A. conclude il suo articolo raccomandando l'operazione per quei casi che decorrono molto rapidamente e con abbondante gliomatosi, la sconsiglia nei casi decorrenti lentamente, poichè prima o poi i disturbi ricompaiono sempre. ALDO CALÒ.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

J. MINET. *Manuel de Clinique médicale.* Un vol. in-16° di 1280 pag. con 78 fig. G. Doin, Paris, 1935. Prezzo 100 fr.

Il libro è dovuto alla collaborazione di vari insegnanti alla Facoltà medica di Lille i quali — ognuno per la materia di particolare competenza — hanno trattato tutta la patologia medica e la dermato-venereologia, in modo chiaro, succinto ed efficace. Espongono le nozioni essenziali sulle singole malattie, senza discussioni teoriche, insistendo sui dati più necessarî per arrivare alla diagnosi, alla prognosi, alla terapia. La trattazione è, evidentemente, un po' schematica; ma si fa più ampia nelle malattie più importanti, sicchè il libro risponde bene ai fini della pratica. Esso è di grande utilità per lo studente che, senza perdersi nei particolari, ha così la visione, a grandi linee, del quadro della sua futura attività, ed è anche utile per il medico che trova qui ricapitolato quanto vi è di essenziale ed i più moderni concetti sulle varie malattie. *fil.*

A. JACQUELIN. *Directives en pratique médicinale.* Editori Masson e C., Parigi. Prezzo Fr. 35,00.

È un libro che aderisce singolarmente alle tendenze della medicina moderna. Analizza il terreno e le tendenze morbose, valorizza lo stato costituzionale e dietesico come il maggiore responsabile di tutte le condizioni morbose.

È uno studio molto accurato, con spiccato indirizzo pratico ossia clinico e terapeutico, delle diverse personalità umane considerate nel loro tipo morfologico, nelle loro predominanze endocrine, nelle loro deviazioni neurovegetative, nelle loro costituzioni psichiche, nelle loro anomalie umorali. DR.

H. e M. FEUILLADE. *Le livre de l'obèse.* Editore Maloine, Parigi. Prezzo Fr. 8.

L'obesità è la più comune delle malattie della nutrizione. È certamente a tendenza ereditaria, ma è favorita dall'eccesso di alimentazione o dall'alimentazione. La causa costituzionale che determina l'accumulo di grasso non è sempre la medesima, ma è varia.

Premessi questi concetti patogenetici gli AA. passano ad esporre la terapia vaginale, variabile nei singoli individui. DR.

A. COSTEDOAT. *La mort subite.* Editori J. B. Baillière e F. Parigi. Prezzo Fr. 40.00.

La morte improvvisa interessa il patologo ed il clinico, ma interessa sopra tutto il medico-legista.

Dal punto di vista patologico la quistione riguarda forse più la teoria che la pratica, mentre dal punto di vista medico-legale la morte improvvisa può sollevare nei singoli casi problemi con riflessi pratici molto importanti.

L'argomento è vasto, e l'A. l'ha trattato in modo esauriente passando in rassegna tutte le affezioni, tutti i disturbi momentanei che possono inaspettatamente determinare il decesso di individui in apparente stato di salute. DR.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Padova.

V Seduta pubblica del 5 aprile 1935.

Sul pneumotifo.

Dott. F. AMATI. — Descrivendo un caso di pneumotifo con scarsa sintomatologia intestinale, l'O. passa in rassegna la letteratura che riguarda la localizzazione polmonare del bacillo di Eberth e mette in rilievo l'importanza di tale localizzazione, meno rara, forse, di quanto comunemente si pensi.

Un nuovo audiometro (con dimostrazione dell'apparecchio.).

Prof. K. ARSLAN e dott. PINNA. — Gli OO. illustrano un nuovo apparecchio emettitore di suoni a frequenze tarate e a intensità calibrate, illustrandone i numerosi vantaggi che esso può portare nella semeiotica auricolare.

Prof. E. DEBIASI e prof. G. OTTAVIANI. — *Sul diverso comportamento delle cellule endoteliali dei vasi linfatici e delle vene dell'utero, durante la gravidanza.*

Ricerche ultramicroscopiche su cellule coltivate in vitro.

Dott. M. VOLTOLINA. — L'O. ha apportato utili modificazioni alla tecnica dell'osservazione ultramicroscopica di cellule coltivate, viventi; ne ha tratto partito per meglio seguire e obbiettivare la luminosità dei vari organuli cellulari da riferire al condrioma, ai granuli lipodi e alla sfera centrale. Ha inoltre portato contributo allo studio delle modificazioni ultramicroscopiche che intervengono nella sofferenza fino alla morte del citoplasma ed ha stabilito che, nei processi di colorazione vitale con suspensoidi elettronegativi, le particelle di colore che penetrano nella cellula si trovano in stato di dispersione amicronica.

Risultati di alcune ricerche sulla reazione di Friedmann.

Dott. B. ZWEIFEL. — L'O. espone i risultati di alcune esperienze sulla reazione di Friedmann, per la diagnosi biologica della gravidanza, condotte allo scopo di renderla più rapida e controllabile. In altre esperienze, mediante particolari legature dell'apparato genitale di coniglie gravide, l'O. è riuscito ad inibire la normale reazione di Friedmann.

Prof. E. MENEGHETTI. — *Osservazioni sul tetrationato sodico preparato estemporaneamente come antidoto dell'acido cianidrico.*

Il Segretario: Dott. GIOVANNI AUSTONI.

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Adunanza dell'8 marzo 1935.

Presidente: prof. G. Moriani.

Lombosciatalgie e risentimento meningeo.

Vittorio Putti. — Che una lombosciatalgia possa essere sostenuta da uno stato di risentimento meningeale cronico, è dimostrato da 5 malati che l'O. ha avuto occasione di osservare fra moltissimi affetti da sciatica ritenuta vertebrale.

La distinzione fra sciatalgia meningogena e rachiogena non è facile. Nella prima la rigidità è spesso più estesa e più decisa che nella seconda. Le scoliosi contratturali possono essere presenti così nell'una come nell'altra. Il contegno dei reflessi che è quasi sempre stabile o lentamente modificabile nelle sciatalgie vertebrali, è mutevolissimo in quelle meningogene. Le condizioni della sensibilità e del trofismo sono di solito più compromesse nella forma rachiogena che non in quella meningogena. In quest'ultima le cure costantemente efficaci nella sciatica vertebrale e cioè iperemia attiva ed immobilizzazione, non hanno alcun effetto. Ma in sostanza chi decide è l'esame del liquor: quasi sempre negativo nelle lombosciatalgie vertebrali, è stato costantemente positivo nei 5 casi in discorso (coagulazione massiva, dissociazione, pressione superiore alla norma fuori che in un caso). In uno dei 5 casi la reazione meningitica era di natura luetica, in un secondo si è scoperto a lungo andare un focolaio centrale di carie vertebrale della 3ª L. Negli altri 3 la patogenesi è rimasta ignota. Non è improbabile si trattasse di una aracnoidite spinale cronica in quanto esistono spiccate analogie fra i casi sovra descritti e quelli resi noti da Barrè e da altri.

Discussione: F. Schiassi.

Le resistenze dei globuli rossi del sangue alle soluzioni clorosodiche.

Marino Ortolani. — In uno studio comparativo dei metodi del Viola e del Simmel, per la determinazione delle resistenze dei globuli rossi alle soluzioni cloro-sodiche, l'O. ne discute i difetti ed i pregi, e, pur dimostrandosi favorevole al primo, rileva come ambedue, adottati separatamente, non possono fornire tutti gli elementi richiesti dalle nuove recenti acquisizioni nel campo delle emopatie, mentre potrebbero completarsi vicendevolmente se opportunamente associati.

Discussione: F. Schiassi, O. M. Olivo.

Adunanza del 22 marzo 1935.

Sull'accrescimento dei tessuti coltivati in vitro.

Oliviero M. Olivo. — L'O. illustra, sulla scorta di due cinematografie eseguite all'Istituto Kaiser Wilhelm di Berlino da Albert Fischer, i fenomeni elementari e fondamentali riguardanti l'accrescimento dei tessuti coltivati « in vitro ». Migrazione e moltiplicazione cellulare, sdifferenzianzione istologica, fattori dell'accrescimento, potenzialità illimitata di accrescimento.

Discussione: P. Mainoldi.

Giuseppe Moriani. — *Il momento fondamentale delle modificazioni morfologiche definitive nell'alveolo umano fetale.*

Discussione: A. C. Bruni.

Cesare Gerin. — *Ricerche istofisiologiche sui rapporti intercorrenti tra la mielinizzazione delle fibre nervose nei mammiferi (coniglio) e loro capacità funzionale indagata con la cronassimetria.*

Cesare Gerin. — *Ricerche embriologiche sulla mielinizzazione del nervo vago nei confronti con il concetto di maturità fetale.*

Il Segretario: Prof. P. Mainoldi.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunanza del 14 febbraio 1935.

Vice-Presidente: Prof. D. Taddei.

Osservazioni sopra 535 casi di polmonite e broncopolmonite ospedalizzati dal 1929 al 1934.

Dott. Michele Levi. — L'O. espone i risultati di osservazioni statistiche sopra l'insorgenza, i caratteri clinici, la mortalità in numerosi casi di polmonite e broncopolmonite; considera l'importanza di alcuni fattori metereologici, e discute le cause della rarità sempre maggiore delle polmoniti a decorso tipico.

Discussione: Taddei, Lunedei.

Prof. Marino Lapenna. — *Sulla Radiografia della rocca petrosa.*

Prof. V. Palumbo. — *Considerazioni circa gli effetti dei raggi Gamma sul sistema pilifero in condizioni normali e patologiche.* (Cfr. questo periodico, N. 13, p. 600).

Adunanza del 14 marzo 1935.

Sulle soluzioni di chinina per iniezioni ipodermiche ed endovenose.

Prof. Giuseppe Cappelli. — Ristabilisce i precedenti storici delle direttive magistrali del Baccelli e del Gaglio. Le discute, sulla base delle proprie esperienze, tendenti a stabilire quale sia la soluzione di chinina il più possibilmente isoemica e contenente grammi uno di monocloridrato per ogni iniezione endovenosa, stabile.

Deduce, dai risultati propri di crioscopia, viscosimetria, tensione superficiale e pH, la modificazione necessaria alla formula del Gaglio per le soluzioni ipodermiche di chinina. Dimostra l'urgente necessità di vietare l'uso di bicloridrato di chinina per ipoderma ed endovenosoterapia.

Sul gluconato di calcio.

Prof. Giuseppe Cappelli. — Rende note le proprie ricerche sperimentali dalle quali risulta che il gluconato di calcio preparato per via chimica, col metodo al bromo, può, spontaneamente, infestarsi di muffe. Non è quindi l'ammuffimento una eventualità del solo gluconato biochimico. Il gluconato di calcio ha tre nuove proprietà: la grande idrofilità, il forte potere diffusivo alla combustione, la prerogativa di essere ottimo terreno di cultura per muffe.

Aspetti nuovi di patologia diencefalica.

1) *Sulla associazione di morbo di Friedreich e diabete familiare.*

Prof. A. Lunedei e dott. E. Liesch. — Gli OO. descrivono tre casi di una stessa famiglia con malattia di Friedreich, nei quali, accanto all'eredo-atassia, era presente diabete mellito, una sindrome cardio-respiratoria da alterata regolazione nervosa e altri disturbi della regolazione nervosa delle funzioni vegetative.

In base ai dati offerti dai casi osservati e da al-

tri dati raccolti dall'esame della letteratura sull'argomento, sostengono la tesi della esistenza di una varietà di eredo-atassia con presenza di lesioni neurovegetative, e in modo particolare di lesioni dei centri superiori del diencefalo mediano.

2) *Diabete insipido in corso di infezione melitense.*

Prof. A. LUNEDEI e dott. E. LIESCH. — Gli OO. espongono l'osservazione clinica di un caso di diabete insipido intervenuto nel corso di una setticemia bruciana.

Sostengono la tesi della compromissione diencefalica.

Passate in rassegna le varie complicazioni nervose della brucellosi, rilevano come tale tipo di complicazione non sia stato ancora osservato. Il malato, che ha presentato contemporaneamente anche complicazioni nervose di altro tipo, è guarito del diabete insipido e di ogni altra manifestazione con l'impiego della vaccinoterapia endovenosa.

3) *Poliglobulia, sindrome adiposo-genitale ulcera gastro-duodenale familiare.*

Prof. A. LUNEDEI e dott. E. LIESCH. — Gli OO. espongono l'osservazione di una famiglia i cui membri erano affetti rispettivamente da morbo di Vaquez e ulcera gastrica il padre, da sindrome adiposo-genitale una figlia, da ulcera duodenale due figli.

Espongono i dati sui quali il Cushing ha basato la teoria della patogenesi diencefalica dell'ulcera gastroduodenale, e mettono in rilievo l'interesse e l'utilità della esposizione delle osservazioni cliniche di questo tipo pur ritenendo che da esse non si possano trarre elementi sufficientemente probativi in favore della teoria della patogenesi diencefalica del morbo di Vaquez e dell'ulcera gastro-duodenale.

Manifestazioni cocleo-vestibolari e faringo-faringee nella malattia di Friedreich.

Prof. C. U. TORRIGIANI. — L'O. riferisce i risultati dell'esame cocleo-vestibolare in alcuni casi di malattia di Friedreich, insistendo in modo particolare su alcuni caratteri speciali dell'esame non messi in evidenza dalle ricerche di AA. precedenti.

Espone altresì alcune alterazioni della motilità del faringe e del laringe molto rare nella malattia di Friedreich.

Manifestazioni cocleo-vestibolari e velo palatine nelle poliglobulie.

Prof. C. U. TORRIGIANI, prof. A. LUNEDEI e dott. E. LIESCH. — Gli OO. ricordata la frequenza dei sintomi cocleo-vestibolari nelle poliglobulie, espongono i risultati di alcune ricerche semeiologiche sulla funzione uditiva e sulla eccitabilità vestibolare in quattro casi di poliglobulie essenziali.

Sostengono la tesi che le manifestazioni cocleo-vestibolari possono avere in queste affezioni diversissimo meccanismo di produzione.

Prendono lo spunto dall'osservazione di 4 casi di poliglobulia per richiamare l'attenzione sull'aspetto della mucosa del palato molle in queste affezioni e sulla base anche di alcune ricerche collaterali, traggono la conclusione che tale particolare aspetto se è molto frequente nelle poliglobulie non è di esse patognomonico.

Del sintoma discutono il meccanismo di produzione.

I Segretari: Proff. L. PICCHI-P. NICCOLINI.

Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta ordinaria del 2 aprile 1935.

Presidente: Prof. MERLETTI.

PIAZZOLLA BELOCH. — *Sopra un nuovo metodo di Roentgen-fotogrammetria.*

Discussione: Prof. MERLETTI, prof. LAMBERTINI, dott. VIGNOCCHI.

Impiego e tecnica delle iniezioni di ossigeno per via parenterale in ostetricia.

Prof. CESARE MERLETTI. — L'O. compie una rapida rassegna dell'azione dell'ossigeno impiegato per via sottocutanea, così in fisiologia che in molte malattie a carico, sopratutto dell'apparato cardiaco e polmonare e nelle intossicazioni da affievolito ricambio. Riferisce osservazioni e proposte di impiego in clinica ostetrica, illustrando le diverse contingenze cliniche, nelle quali si richiede una azione antiasfittica, una cardio cinetica, una emostatica ed una disintossicante. Descrive un dispositivo da lui ideato (in sostituzione al troppo costoso ossigenatore di precisione di Bayeux) che permette la graduazione della pressione del gas, la sua filtrazione e ne misura con sufficente approssimazione, la quantità introdotta sotto cute.

Discussione: Prof. RAVENNA.

Modificazione ai comuni processi operatori nella appendicectomia.

Dott. EUGENIO CASATI. — Isolata l'appendice e formato il manichetto peritoneale si pongono attorno ad esso i punti di una borsa di tabacco. Si lega l'appendice molto basso alla sua base, e questa viene stirata in alto da un assistente. Mentre con forbice sotto le si taglia l'appendice, contemporaneamente si stringe la borsa di tabacco, e si ritira la forbice. Si pongono sullo strato siero-sieroso dei punti staccati. La superficie di sezione dell'appendice resta nel lume intestinale coi margini bene ed ampiamente combaciati. Si elimina così il pericolo dell'ascesso fra moncone affondato e suo ricoprimento.

Febbre sifilitica nel decorso di grave tubercolosi polmonare.

Prof. FERRUCCIO RAVENNA. — L'O. ricordati i vari tipi di febbre sifilitica, riporta il caso di un ragazzo accolto in Ospedale per una forma grave di tubercolosi polmonare accompagnata da alta febbre. Dopo l'istituzione di un pneumotorace efficiente malgrado il miglioramento delle condizioni locali e la scomparsa dei bacilli di Koch dall'escreato persistendo la febbre, vennero praticate le reazioni di Wassermann e Kahn che riuscirono parzialmente positive. Una cura mista di arsenobenzoli e mercuriali portò in breve tempo l'apiressia.

È da rilevare che la gravità delle lesioni polmonari poteva giustificare le elevazioni termiche sicchè, in mancanza della collassoterapia, probabilmente non sarebbe stata riconosciuta l'etiologia della febbre.

Discussione: Dott. ORTOLANI.

Prof. ARMANDO VIGNALI. — *L'indice di coagulabilità e il tempo di stillicidio sanguigno in ginecologia.*

Il Segretario: A. VIGNALI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La pielonefrite nei bambini.

Il più spesso, non si presenta come una malattia urinaria e sono di solito i sintomi generali che dominano la scena e la pielonefrite non è riconosciuta che il giorno in cui si esaminano le urine.

Generalmente la pielonefrite è clinicamente primitiva. Se ne distingue: 1) *Una forma intensa*, con febbre ad inizio brusco, che si eleva rapidamente a 39°-40° ed anche 41°; talvolta è più o meno continua, tal'altra remittente, intermittente, irregolare. Con la febbre si hanno altri sintomi: il bambino è pallido, cianotico, sonnolento, fino ad aversi uno stato di stupore catatonico. Con o senza convulsioni, si può osservare una sindrome meningea discreta (rigidità della nuca, Kernig). Polso e respiro frequenti, anoressia; non rari i vomiti all'inizio; feci al principio normali o costipate, in seguito più o meno frequenti, mucose e liquide. Esame dei visceri negativo.

Nessun sintoma attira l'attenzione sull'apparato urinario; tutt'al più si potrà pensare ad una pielonefrite, quando il bambino presenta un pallore non abituale, una leggera enfiagione della faccia, senza edema netto, della sonnolenza. Nel bambino piccolo, poi, è impossibile riconoscere la frequenza ed il carattere delle minzioni. Si deve quindi sempre raccogliere ed esaminare le urine. Queste sono caratteristiche: acide all'emissione, presentano al microscopio polinucleari alterati, cellule epiteliali (per lo più rotonde del bacinetto) e talora dei cilindri (epiteliali, purulenti, granulosi). L'albumina si trova in tracce oppure abbondante; la sua quantità dipende dallo stato del rene; spesso si vedono anche dei bacilli gram-negativi.

La diagnosi differenziale è difficile, soprattutto con le sindromi renali.

L'esito può essere fatale; la febbre continua, lo stato si fa ipotrepsico, si hanno complicazioni varie ed infezioni intercorrenti. Altre volte, la febbre diminuisce dopo 15-30 giorni e persiste, in grado modico, a lungo: i sintomi generali si attenuano; le urine si chiarificano, oppure la piuria persiste e si fa cronica.

2) Nella *forma leggera*, la febbre è modica, i sintomi generali più lievi e meno duraturi: la piuria persiste più o meno a lungo. Vi sono poi numerose gradazioni di gravità.

Le pielonefriti secondarie si installano nel corso di affezioni diverse (rino-faringite, bronco-polmonite, ecc.) e si riconoscono soltanto con l'esame delle urine.

Per quanto riguarda la *terapia*, P. Nobécourt (*Gazette des hôpitaux*, 27 marzo 1935) consiglia, nella fase acuta, il trattamento abituale delle infezioni: bagni tiepidi, impacchi umidi e freschi del tronco, iniezioni sottocutanee di siero glucosato, di canfora; nelle forme particolarmente gravi, trasfusione di sangue od emoterapia sottocutanea. Si regolerà l'alimentazione: latte tagliato con acqua d'orzo, di avena o di riso, pappe leggere al latte, succhi di frutta; in presenza di affezione gastro-intestinale, dieta idrica leggera, ritornando presto al regime normale.

Assicurare una diuresi abbastanza abbondante, ma non eccessiva; prescrivere degli antisettici chimici, urotropina (cg. 5 fino ad un mese di vita, 10 da 2 a 7, 15 da 8 mesi a 5 anni; dosi corrispondenti ai 50 cg. per adulto); tali dosi sono ripartite in varie prese e si somministrano in acqua zuccherata, talora associandovi il blu di metilene; lo sciroppo di trementina si prescrive a dosi giornaliere di g. 5 mescolato a parti uguali con sciroppo del tolù. Tutti questi medicamenti sono poco efficaci e vi si ricorre soltanto se la piuria si prolunga; si prescrivono per periodi di 10 giorni.

Contro il colibacillo: dieta alcalinizzante degli inglesi, oppure alternative di dieta alcalinizzante ed acidificante, non applicabili nei piccoli bambini; sieroterapia, vaccini, batteriofago.

In complesso, nella fase acuta, combattere lo stato infettivo e sostenere le forze del malato; in quella cronica, usare le diverse medicazioni, che si propongono di disinfettare le vie urinarie; in ogni momento, cercare di sopprimere la causa infettiva e di alimentare il meglio possibile il piccolo malato. *fil.*

Pericoli della dieta acidificante nei casi urologici.

G. D. Oppenheimer (*Journ. of urology* e *Journ. amer. med. assoc.*, 9 marzo 1935) rileva che vi sono casi di infezione alcalina della vescica, in cui malgrado alte dosi di rimedi acidificanti, come il fosfato di sodio ed il cloruro d'ammonio, l'urina rimane alcalina. La ragione di questa permanente alcalinità va ricercata nell'infezione della vescica stessa. In tali casi, il voler persistere nella cura acidificante fa correre il rischio dell'acidosi, con indifferenza, torpore ed anche coma; viene spesso incolpata l'insufficienza renale, che invece non fa che contribuire a determinare tale quadro.

Il paziente si trova in un vero stato di acidosi, da cui si rimette rapidamente quando se ne riconosca la vera causa. Uno stato di acidosi grave non si ha quando si danno le dosi consuete di cloruro d'ammonio di 8 grammi al giorno, in 4 prese; tale dose però è già eccessiva se la funzione renale è insufficiente e l'A. cita 4 casi in cui si ebbe appunto l'acidosi; in

1 caso, si trattava di un cardiopaziente in cui il rimedio era stato somministrato come diuretico ed in 3 per acidificare l'urina.

fil.

Anomalie ureterali di numero.

G. S. Romero (*Revista Española de Urología*, T. II, 1934, N, 2, pag. 118) osserva che, secondo Legueu, le anomalie di numero degli ureteri si possono dividere nel seguente modo: 1) uretere bifido uni o bilaterale; 2) uretere doppio uni- o bilaterale; 3) uretere doppio da un lato e bifido dall'altro. L'anomalia più frequente è la bifidità unilaterale; vi sono sempre due pelvi, una superiore ed una inferiore quasi mai comunicanti fra di loro.

L'A. ha raccolto numerosi casi di anomalie numeriche dell'uretere; di questi: un caso di uretere bifido bilaterale in un uomo di 30 anni; 9 casi di uretere doppio monolaterale di cui 8 donne ed uno uomo, 5 dal lato sinistro e 3 dal lato destro. Di questi in un solo caso ha notato una dilatazione cistica dell'uretere; in un altro l'uretere soprannumerario sboccava immediatamente al di sopra dell'orifizio interno dell'uretra, ed aveva una litiasi ureterale del lato opposto.

Inoltre l'A. ha raccolto due casi di uretere doppio bilaterale in un uomo ed in una donna; il primo era portatore di una tubercolosi del testicolo, la seconda soffriva da sei mesi di pollachiuria senza sintomi renali.

L'A. conclude dicendo che le anomalie ureterali numeriche sono rare relativamente; che l'uretere del meato inferiore corrisponde sempre alla pelvi superiore; che spesso vi può essere incrociamento e che quello inferiore passa dietro l'altro diventando subito esterno e poi interno.

Per il trattamento, non vi sono vere e proprie regole generali, però se la lesione è dal lato opposto all'anomalia, ci si regola sul lato sano; se la lesione è dallo stesso lato si fa una chirurgia conservatrice eminefrectomia o pielotomia.

M. Plastina.

Un caso di uretra doppia.

Le uretre doppie si possono presentare in due modi diversi: o l'individuo è fornito di due peni e ciascuno di essi possiede un'uretra propria, oppure le due uretre si trovano in un pene unico.

M. Delvigne (*Liège-Médical*, N. 3, gennaio 1935) riferisce un caso del secondo tipo; dopo avere ricordato le cause embriologiche di questa malformazione afferma che dal punto di vista chirurgico non esiste alcuna indicazione per togliere in tutta la sua estensione un'uretra bene continente.

Volendo fare cosa utile al paziente l'intervento dovrebbe consistere in una plastica: regolarizzare i bordi dell'epispadia, trasportare l'orifizio dell'uretra supplementare in avanti vicino al meato normale.

Scandurra.

NOTE DI RADIOLOGIA.

Sullo studio radiologico della mucosa del grosso intestino.

D. Bramistrann e C. Moisme (*La Presse Médicale*, n. 20, 1935, p. 392) hanno fatto uno studio radiologico della mucosa del grosso intestino insistendo specialmente sul lato pratico della ricerca ed esaminando il comportarsi delle varie pliche sia in individui sani che in individui affetti da lesioni del tubo gastro-intestinale. La sostanza opaca adoperata può essere sia a tipo colloidale come l'umbrator o il tordiol oppure semplicemente una fine emulsione di bario. L'ammalato viene preparato con un clistere di acqua saponata praticato il giorno prima dell'esame e con un secondo clistere di siero fisiologico fatto 3 ore prima. Si introduce il clistere opaco e si studia così il riempimento, la forma, le austre, e la posizione dell'intestino. Per lo studio delle pliche si fanno delle radiografie in serie con il dispositivo di Berg, che negli individui normali sono fini, regolari, ad angoli dolci, non superano i 5 mm. e che nel ceco e nel colon ascendente sono disposte trasversalmente e divengono man mano longitudinali verso l'ultima porzione dell'intestino.

Gli AA. hanno visto che sotto l'influenza della pilocarpina o di riflessi partiti da una lesione dell'apparato gastro-enterico o mediante una eccitazione provocata con proiezione di cloruro d'etile sulla cute della fossa iliaca, le pliche si fanno più numerose, orientate in tutti i sensi e presentano degli angoli di passaggio molto acuti. Lo stesso fatto hanno osservato gli AA. in individui affetti da colite mucomembranosa, ascesso perinefritico, ulcera gastrica, appendicite cronica, litiasi renale. Infine nei tumori intestinali all'inizio, quando ancora non esistono i segni radiologici classici (immagine lacunare, deformazione, stasi) questo quadro radiologico della pliche, può rivelarci la presenza del neoplasma.

M. Plastina.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Reperto istopatologico del vermio in rapporto alla patogenesi dell'appendicite.

F. Rabboni (*La Clinica Chirurgica*, ottobre 1934) ricorda alcuni suoi lavori dai quali risulta che la presenza di abnorme quantità di elementi nervosi simpatici, rinvenuti dall'A. nelle appendici infiammate, sarebbe la causa predisponente ad ammalare di appendicite secondo il seguente meccanismo:

Negli elementi, di natura congenita, manterrebbero fin dalla nascita le tuniche muscolari dell'appendice in un continuo stato di spasmo vincendo i movimenti peristaltici dovuti agli elementi vagali. Si avrebbe così un ristagno di feci ed, in secondo tempo, uno

sfiancamento delle pareti (come in ogni fenomeno di iperlavoro muscolare) e quindi un più facile attecchimento dei germi.

Nel presente lavoro l'A. esaminando 100 appendici asportate in individui affetti da sindrome addominale destra, ha trovato nel 69 % dei casi un'abnorme dilatazione del lume appendicolare, che si presentava ripieno di materiali fecali, ed atrofia delle pareti specialmente a carico delle tuniche muscolari.

Nel 17 % nei casi il lume era già ripieno di connettivo neoformato.

Tali reperti confermerebbero la teoria patogenetica dell'appendicite, sostenuta dall'A. nei suoi precedenti lavori al riguardo.

G. Arcangeli.

VARIA

Per Alessandro Moissi.

Sfogliando alcune riviste degli anni passati ci capita sott'occhio un aneddoto che riguarda Alessandro Moissi, il celebre attore scomparso recentemente, che tanto e profondo rimpianto ha lasciato nella cerchia vastissima dei suoi ammiratori.

Ansioso, come può esserlo un attore che sera per sera deve assumere il volto e il cuore di un nuovo personaggio, di conoscere tutte le sofferenze e tutti i dolori, desiderò un giorno di poter entrare nella casa dove il dolore domina cupo e muto, assumendo la più tragica espressione della miseria umana: l'ospedale. Con l'aiuto di alcuni medici amici e sotto il nome di Dottor Alexander, potè così varcare la soglia proibita di una sala chirurgica e assistere a una difficilissima operazione eseguita sul corpo martoriato di una giovane donna. L'impressione che Moissi ne riportò fu tale che, qualche giorno dopo, avendo saputo che la donna versava in penose condizioni economiche, le scrisse offrendole un generoso aiuto in denaro.

Ma la donna si sentì invece profondamente umiliata nel sapere che un estraneo aveva presenziato alla sua operazione violando, in un certo qual modo, la legge del rispetto verso gli ammalati e più ancora il suo istintivo e legittimo sentimento del pudore. Ne nacque perfino una polemica giornalistica nella quale si accusò il Moissi di aver abusato della fiducia di un ammalato e nella quale si arrivò a dire che l'attore non avrebbe dovuto più comparire sulle scene della città.

A distanza di tempo, dopo che Alessandro Moissi è scomparso lasciandoci il ricordo delle sue interpretazioni umanizzate e sofferte sino allo spasimo, l'episodio assume dinanzi ai nostri occhi altro aspetto e altro colore: e se riconosciamo che a ragione la donna dovette sentirsi mortificata nel suo più intimo, non possiamo però disconoscere che a troppo caro prezzo si volle far pagare a Moissi la generosità di aver voluto idealmente soffrire il dolore fisico di una povera sconosciuta, misera e sola.

Un'anima come quella di Moissi non poteva avvicinarsi che con religione alla soglia della sofferenza, di quella sofferenza che egli ben conosceva, perchè se n'era tutto compenetrato, ne aveva fatto sua disciplina e suo dovere, per comunicarla poi a noi in austera e mirabile espressione di arte. Non possiamo credere che egli sia entrato nella sala chirurgica spinto dall'insana e morbosa curiosità dell'indifferenza estranea e profana. Nei cieli dello spirito ogni sentimento si fonde e si identifica con un alto senso di solidarietà e di fraternità umana, animato dal quale Moissi volle appunto accostarsi al dolore di quella giovane donna.

Per tutto ciò, per quanto di buono e di bene Moissi ci ha donato a piene mani nella sofferenza sottile e quotidiana della sua arte, noi vorremmo riabilitata la Sua memoria dalla taccia impropria e inadeguata di irriverenza.

A. D. V.

(Da « L'Avvenire Sanitario », 2 maggio 1935).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

C. Teni. *Il cervello e le reazioni pupillari.* — Editore Zanichelli, Bologna. Prezzo L. 30.

D. Lagache. *Les allucinations verbales et la parole.* — Editore Alcan, Parigi. Prezzo Fr. 18.

P. Marfori, G. De Nito und G. Aurisicchio. *Über die chemischen Eigenschaften des Aktiven Prinzips der Lymphdrüsen.* — I. Springer, Berlino, 1934.

Rivendicazioni scientifiche italiane. (La centuria di rivendicazioni dovute al prof. Castaldi). — Tip. Antonio Cordani, Milano, 1934.

G. Fiore. *Studio sulla mortalità infantile nel Comune di S. Miniato.* — Tip. Pellegrini, Pisa, 1934.

E. Ponzi. *Eclampsia e condizioni meteoriche.* — L. Cappelli, Bologna, 1934.

I. Sterzi. *Coltura del virus filtrabile tubercolare.* — Ind. Grafiche Stucchi, Milano, 1934.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Anzio (vedere Roma).

Caltanissetta. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Concorso per titoli ed esami al posto di Direttore del Consorzio Provinciale Antitubercolare-Direttore del Dispensario Provinciale. Stipendio L. 14.000, elevabile a L. 19.400 in dodici anni, supplemento di servizio attivo L. 4000 al lordo delle ritenute di legge. Titolo diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo conseguito da almeno due anni dalla data del presente concorso. Età massima anni 40 s. e. l. Scadenza 15 giugno 1935-XIII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio.

Firenze. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Scad. 15 giugno, ore 17; assistente medico chirurgo; titoli ed esami; età limite 30 anni; stip. L. 6400 lorde, indenn. c.-v. e altre indennità regolamentari; tassa L. 50; documenti a 3 mesi dall'1 maggio. Chiedere avviso. Rivolgersi alla Segreteria.

Imola. *Congregaz. di Carità.* — Al 15 luglio, ore 17; direttore sanitario del Brefotrofio; stip. lire 10.000, indenn. serv. att. L. 3500, indenn. c.-v.; riduzioni e trattenute. Età limite 40 anni. Documenti non anteriori al 15 gennaio. Tassa L. 50,10, al Tesoriere. Chiedere annunzio alla Segreteria. È vacante anche il posto di assistente sanitaria.

Roma. *Opera Pia degli Ospizi Marini per i fanciulli poveri della Città e Provincia.* — Concorso al posto di Aiuto-Medico negli Ospizi Marini di Anzio; stipendio lordo di L. 960 annue e supplemento di servizio attivo L. 600, indennità caroviveri L. 840, il tutto soggetto alla ritenuta sui redditi per imposta di R. M. ed alle riduzioni di cui ai Decreti Legge 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 aprile 1934 n. 561. L'Aiuto-Medico ha funzioni di Vice Direttore e deve essere quindi a sua utile disposizione in ogni occasione. I concorrenti dovranno presentare all'Ufficio di Amministrazione dell'Opera Pia in Roma, via S. Vincenzo 32. angolo piazza Trevi, domanda al Presidente dell'Opera Pia i documenti, non oltre le ore 19 del 10 agosto. Età limite 25-45 anni. Chiedere annunzio. Tassa L. 50 in favore dell'Opera Pia. Documenti a 3 mesi dall'8 maggio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Su proposta del Ministro dell'Educazione Nazionale, con recente Decreto Reale, il prof. Roberto Alessandri e il prof. Cesare Frugoni sono stati nominati rispettivamente presidente e vice presidente della Reale Accademia Medica di Roma.

Ne esprimiamo il più vivo compiacimento ai due illustri direttori del nostro periodico.

Con Decreto Reale, su proposta del Capo del Governo, sono stati nominati soci nazionali della Reale Accademia Nazionale dei Lincei nella Classe di Scienze Fisiche, Matematiche e Naturali: per la Sezione di Fisiologia il prof. Gaetano Quagliariello; per la Sezione di Patologia il prof. Pietro Rondoni.

I nostri rallegramenti ai due illustri scienziati.

Il Consiglio dei governatori della Lega delle Società della Croce Rossa, che raggruppa le Società nazionali della Croce Rossa di 61 Stati, ha eletto l'ammiraglio medico C. T. Grayson, degli Stati Uniti, presidente della Lega, quale successore dell'on. John Barton Payne, defunto alcune settimane or sono. Il Grayton conta 59 anni; è stato medico privato dei presidenti Wilson e Teodore Roosevelt.

L'Ufficio permanente della Federazione della stampa medica latina ha eletto presidente il prof. sen. Davide Giordano di Venezia, come successore del dott. Leopoldo Mayer di Bruxelles, nominato membro onorario.

NOTIZIE DIVERSE.

Il 42° Congresso italiano di chirurgia.

A Bologna, dal 21 al 24 ottobre p. v., avrà luogo, nei locali della R. Clinica Chirurgica, il XLII Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Il Comitato ordinatore del Congresso è presieduto dall'on. prof. Raffaele Paolucci.

I temi di relazione che saranno discussi nelle sedute del Congresso sono i seguenti:

1) Cisti e tumori del polmone;
2) Trombosi ed embolie;
3) Mediastiniti (tema in comune con la Società di Medicina Interna).

Alla Società lombarda di chirurgia.

Il 10 maggio, alla presenza di numerosi urologi d'ogni parte d'Italia, ha avuto luogo, alla Clinica Chirurgica di Milano, una seduta della Società lombarda di chirurgia, con l'intervento del prof. Georges Marion della Facoltà di medicina di Parigi.

Il presidente prof. Donati ha rivolto parole di benvenuto e d'alto riconoscimento all'insigne maestro dell'urologia francese. Il prof. Lasio ha intrattenuto, poi, l'uditorio sulla influenza della urologia francese nello sviluppo della urologia italiana.

Il prof. Marion, dopo aver espresso la propria riconoscenza per la calorosa accoglienza, ha parlato sulla ricostruzione dell'uretra nella donna.

Hanno fatto seguito varie comunicazioni.

Convegno radiologico.

Presso l'Istituto radiologico del Policlinico universitario di Pavia, sotto la presidenza del prof. G. Bignami, direttore dell'Istituto stesso, sono convenuti i radiologi dell'Alta Italia, con numerosa rappresentanza di altre regioni.

Dopo l'inaugurazione del convegno, si sono iniziati i lavori con una conferenza del prof. Maragliano, di Genova, sull'argomento « Perchè la terapia delle onde corte si deve chiamare marconiterapia ».

Ha fatto seguito un gruppo di comunicazioni sopra diversi argomenti nel campo della radiodiagnostica, della radioterapia, della radiobiologia e della terapia fisica in genere.

4ª Settimana medica padovana.

Il Sindacato Fascista dei Medici della Provincia di Padova, in accordo con la Facoltà medico-chirurgica della R. Università, organizza anche quest'anno la « Settimana Medica », per dar modo ai colleghi, che vivono lontani dai centri di alta coltura, di aggiornare le loro cognizioni su qualcuno dei più importanti problemi della medicina.

Le lezioni saranno tenute, dal 10 al 16 giugno, secondo un vasto programma; saranno integrate da esercitazioni pratiche, da una visita alle Terme di Abano e da una gita a Venezia.

Sono messi a disposizione dei medici partecipanti alla « Settimana Medica » 5 premi dell'importo di L. 300-500 per l'acquisto di libri, apparecchi scientifici o strumenti sanitari e 21 buoni gratuiti di soggiorno e cura della durata di giorni 15 da consumarsi durante la corrente stagione nelle Terme di Abano.

Sono stabilite molte facilitazioni per i partecipanti.

Le iscrizioni devono pervenire al Sindacato Provinciale Fascista dei Medici (via 8 febbraio 1) entro il 3 giugno 1935-XIII, accompagnate dell'importo di L. 20 (venti).

Gli iscritti potranno ritirare la loro tessera presso gli Uffici del Sindacato, che rimarranno aperti tutti i giorni dalle ore 9 alle ore 12 e dalle ore 18 alle ore 19,30.

Chiedere il programma al segretario prof. G. C. Riquier.

Corso di malariologia per laureati in medicina.

L'Istituto di Malariologia, diretto dal prof. G. Bastianelli, ha organizzato dal 20 giugno al 20 agosto un corso per medici; l'insegnamento comprende lezioni, dimostrazioni pratiche ed esercitazioni, escursioni a località malariche e ad alcune bonifiche.

Le iscrizioni si ricevono sino a 15 giorni prima dall'inizio del corso. La tassa d'iscrizione è di L. 100, più una quota di L. 100 per le gite di istruzione. Le spese di viaggio, vitto e alloggio nelle gite di istruzione sono sostenute dall'Istituto.

Alla fine del periodo di insegnamento gli allievi possono ottenere il certificato di frequenza o il diploma di esame. Il diploma è dato a coloro che superano l'esame che consiste in una prova orale.

Il corso si svolgerà nell'Istituto di Malariologia e nell'Istituto di Sanità Pubblica.

Le lezioni, dimostrazioni ed esercitazioni sono affidate ai proff. G. Bastianelli, Ferrata, La Face, Missiroli, Nazari, G. Raffaele.

Sono in programma conferenze varie, tenute dai proff. Escalar, Ilvento, Jandolo, Marchiafava, Pancini, Pecori, Prampolini, Sanarelli, Sella e da alcuni studiosi invitati dalla Società delle Nazioni: Allen, Ciuca, Hackett, Lutrario, Ottolenghi, Swellengrebel.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto, Policlinico « Umberto I », Roma.

Corso d'istruzione della C. R. I.

A Milano è stato organizzato un Corso d'istruzione per tutti coloro che hanno prestato servizio nella Croce Rossa militare. Tale Corso è il primo che si promuove in Italia con finalità nettamente pratiche e ad esso prendono parte circa 400 ufficiali fra medici, farmacisti e commissari.

Alla cerimonia inaugurale, svoltasi nell'Aula magna della R. Università, assistevano: S. A. R. il Duca di Bergamo, un foltissimo gruppo di ufficiali dell'Esercito, numerose dame della Croce Rossa, oltre ai partecipanti al Corso.

Il prof. Massarotti, direttore del Corso, illustrò quindi gli scopi per i quali esso è stato istituito.

L'Università di Milano.

In occasione del decennale dell'Università di Milano, compiutosi nello scorso dicembre, il rettore, prof. Livini, ha pubblicato su questo Ente culturale una monografia che fa parte dei « Quaderni della Scuola Superiore ». Ne spigoliamo alcuni dati.

L'università venne inaugurata l'8 dicembre 1924; comprendeva, allora, 4 Facoltà, cui si è aggiunta poi quella di medicina veterinaria (già Scuola superiore). Nel corso del decennio le scuole di perfezionamento da 12 sono divenute 28; i professori di ruolo sono passati da 58 a 72; i liberi docenti da 71 a 294; gli aiuti e assistenti da 54 a 103; i tecnici da 13 a 25; i subalterni da 28 a 72; gl'iscritti da 1419 nell'anno scolastico 1924-25, a 3207 nell'anno scolastico 1933-34, e tra questi 163 stranieri. Il centro di studi milanese è completato da numerose provvidenze: 25 borse di studio, per un capitale di 1.621.262 lire; la mensa degli studenti, che funziona dal 1930; il Circolo del Littorio, che ha lo scopo di mettere in rapporto l'Università con la cittadinanza; tra pochi mesi comincerà a funzionare anche la « Casa dello studente », dedicata alla memoria di Arnaldo Mussolini.

La nuova sede della Scuola odontoiatrica di Roma.

Il 7 maggio è stata inaugurata a Roma con grande concorso di professori e di studenti fra cui numerosi stranieri e di autorità la nuova Scuola di odontoiatria che sorge quasi a fianco del grande Istituto Eastmann.

È intervenuto il Ministro dell'Educazione Nazionale conte De Vecchi di Valcismon, insieme con il Presidente del Senato on. Federzoni, l'on. Buttafuochi per il Presidente della Camera, l'on. Morelli per il Sindacato medico, il preside della Facoltà di medicina prof. Busi, senatori e deputati. Il direttore, on. prof. Perna, ha fatto gli onori di casa.

La R. Università di Roma, allo scopo di non congestionare il lavoro dell'Istituto Superiore di Odontoiatria e della R. Clinica Odontoiatrica, che è dislocata al piano inferiore di detto Istituto, ha dato sede autonoma alla R. Scuola Universitaria per i medici specializzandi in odontoiatria.

La sede della Scuola è nella immediata vicinanza dell'Istituto, per utilizzarne ai fini scientifici e pratici, il ricco materiale di osservazione e di studio.

All'insegnamento, sul piano degli studi approvati dalla Facoltà medica, dal Senato Accademico e dal Ministero dell'Educazione Nazionale, attende il direttore con la collaborazione di otto liberi docenti incaricati.

Il corso per conseguire il diploma di specializzazione, dopo la laurea in medicina e dopo l'abilitazione all'esercizio della medicina con l'esame di Stato, è biennale.

La nuova sede della Scuola è divisa in varie sezioni o reparti, che sono quelli di chirurgia dentaria; di stomatoiatria operativa; di odontoiatria conservativa; di ortopedia dento-facciale; di odontotecnica e protesi dentaria; di biologia; di radiologia. L'aula è attrezzata in maniera da potervi compiere operazioni di chirurgia, di conservativa, di protesi, e da potervi eseguire dimostrazioni con proiezioni micro-fotografiche e radiografiche.

La Scuola di Roma potrà così continuare ad assolvere sempre meglio i suoi compiti che consistono: nel dare al Paese specialisti capaci ed esperti per diffondere nei centri grandi e nei paesi rurali le norme della profilassi e per esercitare la professione con competenza e coscienza; nel contribuire alla bonifica della vita umana; nel concorrere efficacemente a sviluppare la coscienza igienica del popolo in questo interessante settore della medicina sociale.

Il nuovo Sanatorio-Ospedale di Taranto.

Da mesi è stata completata la parte muraria del grande Ospedale sanatoriale che la Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali cominciò a far costruire, or è qualche anno, per la difesa e la salvezza degli indigenti della Provincia Jonica insidiati dalla tubercolosi.

L'edificio, alto all'incirca venti metri, è sorto a tre chilometri dalla città, in contrada Rondinella, una zona fra le più incantevoli e salubri della località, prospiciente a sud-est su l'azzurra rada di Mar Grande mentre, a nord, si profilano dolci colline.

L'area dove è stato costruito questo grande ospedale sanatoriale venne, a suo tempo, prescelta dall'on. Eugenio Morelli. Il predetto Consorzio, con alto senso delle luminose finalità umanitarie e patriottiche cui mira il Fascismo, acquistò senz'altro tale area di circa sei ettari — dei quali 3500 metri quadrati occupati dall'edificio e il rimanente vien sistemato parte in giardini e parte trasformato in un denso parco di alberi resinosi — offrendola alla Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali che, non appena ne fu in possesso, dispose, pel diretto e vivo interessamento dello stesso on. Morelli, l'inizio dei lavori.

L'edificio consta di tre piani con una sopraelevazione e può accogliere duecento malati, oltre il personale di servizio, infermieri e suore. In ciascun piano i reparti maschili sono completamente separati da quelli femminili.

Portata del tutto a termine, come abbiamo già detto, la parte muraria del fabbricato, proseguono, ora, i lavori di rifinimento e dei vari impianti tecnologici e sanitari fra i più moderni. Si ritiene che fra non molto questa opera di assistenza sociale del Regime potrà essere inaugurata.

La spesa ammonta a oltre due milioni, esclusa, si intende, quella per lo arredamento e pel materiale scientifico.

Nuove istituzioni mediche in provincia di Torino.

Il 10 aprile l'on. Biagi, presidente dell'I.N.F.P.S., ha inaugurato a Torino un nuovo convalescenziario. Egli, accompagnato dal sen. Agnelli e dall'on. Olivetti, ha compiuto un interessante sopraluogo al sanatorio Agnelli in Val Tisone e poi in provincia di Cuneo alle opere previdenziali di quella località. Alla sede dell'Istituto in piazza San Carlo il direttore compartimentale prof. Barnabò illustrava l'attività svolta dalla sede interprovinciale di Torino-Aosta dal 1920 al 1934. L'on. Biagi ha espresso il suo vivo compiacimento per tale attività ed ha dato istruzioni perchè quella nel settore della previdenza sia intensificata. Il giorno seguente l'on. Biagi, alla presenza del Prefetto, del Segretario federale, di gerarchie e autorità civili e militari, ha visitato l'Ospedale sanatoriale « Confreria » capace di 300 letti, che ha iniziato ora la sua attività.

Nuove istituzioni mediche a Napoli.

Il 1° aprile l'on. Biagi, presidente dell'Istituto nazionale fascista della previdenza sociale, ha visitato l'ospedale sanatoriale « Luciano Armanni » di Napoli, alla Doganella, di gestione diretta dell'Istituto. Accompagnato dal direttore compartimentale dell'Istituto e ricevuto dal direttore dell'ospedale e dall'intero corpo sanitario, l'on. Biagi ha proceduto alla visita dei servizi e impianti generali rendendosi conto dell'organizzazione dell'ospedale. L'on. Biagi si è compiaciuto del funzionamento dell'Istituto.

Il 1° aprile, con l'intervento di S. A. R. il Principe di Piemonte, di S. E. il cardinale Ascalesi e di tutte le autorità cittadine, ebbe luogo a Napoli l'inaugurazione di un poliambulatorio istituito nella sede dell'ordine dei Cavalieri di Malta. Dopo la visita alle sale che raccolgono le più moderne installazioni cliniche, S. A. R. il Principe di Piemonte, S. E. Ascalesi e le autorità hanno espresso il loro vivo compiacimento al Baly gran priore dell'ordine, ammiraglio Salazar, e ai componenti del Capitolo.

L'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Napoli, diretto dal prof. Sciuti, viene ora ampliato di un nuovo padiglione, per folli cronici, progettato dall'ing. d'Elia, capo dell'ufficio tecnico provinciale, in collaborazione dell'ing. Sasso; copre una superficie di 3500 mq., consta di 4 piani e potrà ricoverare 800 infermi; con tutta probabilità sarà inaugurato il 28 ottobre.

In memoria di Grassi.

Un interessante articolo — preciso e bene documentato — del dott. Vittorio Vanni, comparso nel « Messaggero » del 4 maggio, mette in piena luce le grandi benemerenze di Battista Grassi verso la scienza e verso l'umanità, benemerenze ancora non apprezzate in tutto il loro inestimabile valore.

In un sentito commento (7 maggio) lo zoologo Paolo Luigioni avanzava la proposta che il nome di Grassi sia ricordato, intitolando ad esso una via od una piazza della Capitale.

Già da diverso tempo era stata presentata, alla Commissione per la nomenclatura stradale del Governatorato, la proposta di dedicare al nome glorioso del Grassi una via principale di Fiumicino, ove Egli, durante gli ultimi anni della Sua vita, compì una parte dei propri studi sulla malaria e svolse un'intensa azione antimalarica.

La proposta è stata approvata dalla Commissione e il Governatore di Roma, on. Bottai, ha ora dato disposizioni perchè l'iniziativa sia presto realizzata.

* * *

Nel piccolo cimitero di Fiumicino, ove Battista Grassi volle essere seppellito, ha avuto luogo la cerimonia commemorativa del decimo anniversario della Sua morte. Erano presenti al pietoso rito la signora e la signorina Grassi, il prof. Cotronei in rappresentanza dell'Università di Roma, un gruppo di personalità mediche, gli alunni delle scuole rurali di Fiumicino e di Porto.

Agli alunni che si sono distinti nello studio delle norme per la lotta antimalarica vennero, poi, distribuiti i premi disposti con lascito dello Scomparso.

Infine fu fatto l'appello del sen. Grassi secondo il rito fascista.

VITTORIO SERRA

All'alba del 13 maggio si è spento Vittorio Serra. Non aveva ancora 32 anni! I lettori del « Policlinico » ben lo conoscevano, perchè da alcuni anni Egli era tra i più fecondi collaboratori della rivista, alla quale inviava, oltre pregevoli lavori originali, innumeri recensioni di lavori inglesi, francesi e tedeschi.

Questa Sua particolare attività dimostrava, anche a chi non Lo conoscesse, quanto estesa fosse la Sua cultura.

Vittorio Serra, compiuti brillantemente a Roma gli studi universitari, distinguendosi sempre tra i primissimi del Suo corso, era stato dopo la laurea per qualche tempo assistente volontario nella Clinica Medica, allora diretta da Vittorio Ascoli. Passò quindi come assistente effettivo nell'Istituto di Patologia Medica, dove rimase cinque anni, distinguendosi per una attività scientifica veramente eccezionale. A 29 anni ottenne a pieni voti la libera docenza in Patologia Speciale Medica, dalla Commissione presieduta dal prof. Bastianelli.

Tra i Suoi lavori scientifici, meritano di essere ricordati le ricerche sui capillari, sul polso venoso, sul morbo di Addison, sulla resistenza leucocitaria, sulle sepsi sperimentali e le più recenti di biochimica sul coefficente di ossido-riduzione (queste ultime pubblicate in riviste straniere).

Da circa due anni Egli era aiuto volontario nella Clinica Pediatrica, dove aveva intrapreso con entusiasmo importanti ricerche sulle neuropatie infantili, dirigendo nel tempo stesso la Sezione siero-batteriologica del laboratorio.

Le Sue benemerenze di studioso ebbero più di una volta riconoscimenti tangibili: ancora studente conseguì un premio Rolli; da assistente un premio Sclavo di cinquemila lire e un premio Ascoli per studi sulla malaria, anch'esso di cinquemila lire. L'ultimo riconoscimento della Sua feconda attività scientifica gli fu comunicato proprio negli ultimi giorni della Sua malattia: un premio di incoraggiamento Mussolini dell'Accademia d'Italia! Ne apprese la notizia con quel Suo dolce sorriso, che, mascherando ogni espressione di sofferenza, ridonava al Suo volto emaciato l'aspetto sereno dei giorni migliori.

Vittorio Serra, compiendo il Suo dovere di medico, aveva contratto un'infezione scarlattinosa, sopraggiuntagli a breve distanza da un intervento chirurgico. Insofferente del forzato riposo era voluto tornare, dopo una breve convalescenza, ai Suoi malati, alle Sue corsie, al Suo laboratorio! Aveva anche ripreso le esercitazioni del Corso di Semeiotica agli studenti, per i quali Egli da due anni profondeva con ineguagliabile entusiasmo i tesori della Sua cultura.

Vittorio Serra in ogni manifestazione dello spirito rivelò una grande fede: fede cristiana, che mai lo abbandonò durante le lunghe sofferenze della implacabile malattia; fede politica, poichè Egli si sentiva profondamente fascista e teneva in modo particolare a tutte le manifestazioni di patriottismo; fede per la scienza, che faceva vibrare di commozione la Sua voce e accendeva il Suo volto ogni qual volta sorgeva una discussione scientifica.

Egli lascia ai giovani fulgido esempio di entusiasmo per la ricerca sperimentale e per gli studi clinici. Ma quanti Lo conobbero sanno che sopra ogni altra virtù rifulse in Lui la bontà. Una bontà francescana, che animò tutti gli atti della Sua vita e che Lo rese infinitamente caro ai malati, ai colleghi, agli amici.

Luigi Spolverini.

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

ANNO XLII Roma, 27 Maggio 1935 - XIII Num. 21

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CAGLIARI

Il mio procedimento applicativo del metodo Bassini nell'ernia inguinale.

Prof. GINO BAGGIO, direttore.

Queste pagine fanno parte del capitolo sulle ernie addominali scritto per un trattato di chirurgia che a quest'ora dovrebbe essere già pubblicato. Durante l'attesa, il metodo Bassini fu richiamato più volte da diversi AA., me compreso: che feci intendere di applicarlo in modo un po' diverso dall'originario. Però, fin'ora, di questo mio procedimento operatorio ho enunciato principalmente ciò che potrebbe dirsi il punto nodale, cioè l'utilizzazione del muscolo retto, anzi, per meglio dire, il concetto di essa. Dettagli di tecnica e particolari d'esecuzione, non privi d'importanza rispetto alla stessa utilizzazione del muscolo retto, risultano invece in una lezione pubblicata dalla « Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia » dell'anno decorso; ma anch'essi, enunciati più che illustrati.

Ora, altamente compreso del fondamentale insegnamento fornitoci da Bassini e persuaso che le opere grandi si rivelino, non soltanto nella loro utilità diretta, ma pure nello stimolo e nell'indirizzo che determinano sulle attività altrui, desidero che il mio modo di operare l'ernia inguinale risulti, per quanto è possibile, collegato ai fondamentali concetti del metodo di Bassini e perciò sia noto in modo da rispondere alle esigenze illustrative di chi valuta con obbiettività e cerca nelle risorse chirurgiche tutto ciò che meglio possa rispondere allo scopo, scevro da preconcetti e anche da abitudini, non timoroso del nuovo soltanto perchè è nuovo, nè attaccato al vecchio in misura tale da non saper distinguere quanto di esso la innovazione conservi e magari potenzi e quanto invece sostanzialmente modifichi.

CONCETTO FONDAMENTALE DELLA BASSINI E VARIANTI PROPOSTE. — L'operazione di Bassini consiste fondamentalmente nella costruzione di una nuova parete posteriore del canale inguinale in luogo di quella patologica formata dalla fascia *transversalis deiscente* o *espansa* se trattasi d'ernia acquisita, *incompleta nel*

suo sviluppo, se trattasi dell'ernia congenita. Per fare ciò, secondo Bassini, si suturano « il margine esterno del muscolo retto anteriore dell'addome ed il triplice strato formato dal muscolo piccolo obliquo, dal muscolo trasverso, e dalla fascia verticalis del Cooper » « al bordo posteriore isolato della corda di Poupart ». (Bassini, Padova, Prosperini, 1889).

Ora, la Bassini viene eseguita spesso con varianti; le quali, fino a un certo punto sono inevitabili, dato il numero incommensurabile degli operatori e i loro sistemi personali di tecnica. In gran parte sono varianti di dettaglio, che non modificano la sostanza del metodo, quantunque possano renderne problematici i risultati. Dovrebbero dirsi invece modificazioni sostanziali: quella di costruire la parete posteriore del canale utilizzando soltanto il muscolo piccolo obliquo e il trasverso senza comprendere il muscolo retto e la fascia transversalis; oppure l'altra, di portare anche l'aponeurosi del grande obliquo al di dietro del funicolo spermatico e lasciare il medesimo nel piano sottocutaneo; e l'altra ancora, di abbandonare la costruzione di una nuova parete posteriore e utilizzare tutto insieme, piccolo obliquo, trasverso e aponeurosi del grande obliquo per fare una parete unica al davanti del cordone.

La prima di queste varianti è adottata dalla grandissima maggioranza dei chirurgi ed è inspirata a semplicità, sembrando superfluo interrompere la fascia transversalis per poi ricostruirla. Ma, a parte le considerazioni inerenti al concetto operatorio di Bassini, che, cioè, non aprendo la fascia transversalis, non si comprende nella sutura abbastanza tessuto muscolare, specie del muscolo retto, (tanto meno si può scollare questo piano muscolare e dargli la facilità di seguire le trazioni della sutura stessa) non si considera che la fascia transversalis è proprio il piano nel quale si trova la porta erniaria, essendo essa che forma la parete posteriore del canale inguinale. Interrompere e ricostruire questo piano equivale a sopprimere per intero la porta erniaria, mentre che il lasciarlo, con la sua apertura, significa mantenere dei rapporti che possono essere favorevoli al rinnovarsi di un impegno del peritoneo sospinto dai visceri. Anzi, io arrivo a dire che trovo giudizioso aprire la fascia transversalis non tanto per averne (come dicono i più) irrobustimento dello strato che formerà la nuova parete posteriore del canale, quanto perchè sia modificata la parete vecchia, e per questo intendimento mi regolo a suo riguardo nel modo che dirò appresso.

Le altre due varianti, rispettivamente, di utilizzare come parete posteriere anche l'aponeurosi del grande obliquo, e di affondare il cordone spermatico sotto i muscoli, furono proposte subito dopo la comunicazione di Bassini, da due Italiani: la prima da Postempski (*Soc. Ital. Chir.* 1889, VI Congres., pag. 254), la seconda, da Ferrari (*Soc. Ital. Chir.* 1890, VII Congres., pag. 94). Tanto disponendo il cordone sopra la parete, quanto disponendolo sotto, si mira a dare alla parete medesima una resistenza maggiore di quella che dovrebbe raggiungere quando il cordone spermatico la intramezzi. Tanto in un caso quanto nell'altro ci si allontana però dalle condizioni fisiologiche, alle quali si ispirava Bassini, esprimendo il suo pensiero con le seguenti parole: « Nell'uno e nell'altro caso, cioè di ernia esterna (congenita o acquisita) o di interna, il canale inguinale viene ricostruito secondo il tipo di sua conformazione fisiologica, cioè formato dall'apertura addominale e dalla sottocutanea, la prima posta ad un livello esterno alla seconda, e da due pareti una posteriore ed una anteriore. Sotto la nuova pressione endo-addominale la nuova parete posteriore del canale viene spinta contro l'anteriore ed insieme si aiutano per resistere all'urto incessante e potentissimo delle viscere ventrali, mentre poi danno in grembo ad esse stesse passaggio al cordone spermatico senza serrarlo ».

E, se il discostarsi dal concetto originario dell'operazione non è, da solo, ragione sufficente per condannare una modificazione operatoria, resta a vedere invece quanto si guadagni, con la modificazione medesima, di ciò che seguendo il concetto originario si verrebbe a perdere.

CONSIDERAZIONI SULLE RECIDIVE. — In seguito ad operazione per ernia inguinale, recidive furono constatate dallo stesso Bassini; il quale, su 251 operazioni che accompagnavano la sua pubblicazione, ne osservava 7. Bisogna tener presente, però, che egli ebbe 11 guarigioni non asettiche, che i casi riportati costituivano le prime applicazioni del metodo e che per un certo tempo usò il catgut, mentre poi lo sostituì con la seta. Operatori che lo seguirono, anche estranei alla sua Scuola, ebbero risultati migliori. Secondo un recente referendum fra i seguaci di Bassini (Carraro, *Gior. Veneto di Scienze Mediche*, nov. 1931) le recidive si ridurrebbero a « cifra insignificante ».

Ma, a questo riguardo torna forse opportuno di rammentare almeno una delle tante

considerazioni che si presentano a proposito delle statistiche in genere, ed è la seguente: Una cosa è ricercare le recidive, altra cosa è tener conto degli erniosi che non hanno avuto beneficio dall'operazione: sia che questa non abbia portato giovamento, sia che non sia stata eseguita perchè ritenuta insufficiente allo scopo.

Certo si è che, di coloro che più lamentano le recidive, pochi eseguono l'operazione come fu descritta da Bassini; e perciò bene ha fatto Catterina, suo allievo, ad illustrare particolareggiatamente quell'operazione in forma descrittiva e iconografica (Ed. Cappelli, Bologna, tip. Amossu, Bolzano) ed altrettanto meritoria è la recente pubblicazione di Carraro, altro allievo di Bassini, che mira a diffondere il dettaglio del metodo nei paesi di lingua tedesca, dai quali furono denunciate recidive in gran numero (*Der Chirurg*, 1933, n. 8).

Io, tenendo conto dell'esperienza generale che fu raccolta in questo cinquantennio da che il metodo è noto e della esperienza mia personale, mi sono formato, a questo proposito, i seguenti concetti.

Indubbiamente, la gravità della condizione erniaria è diversa da caso a caso. Come vi sono ernie, nei bambini, che guariscono attraverso la sola applicazione del cinto, così si incontrano ernie negli adulti, e specie tra i vecchi, che rendono l'esito operatorio assai problematico: per cause molteplici, che vanno dal volume dell'ernia all'ampiezza della porta erniaria, alla flaccidezza degli strati contentivi della parete addominale e dell'organismo in genere, alle condizioni di pressione intraaddominale. Alcuni chirurgi hanno lamentato dopo la Bassini, recidive in corrispondenza dell'anello inguinale interno, cioè recidive sotto forma di ernia esterna. Bassini e i suoi allievi restringono invece le recidive alla varietà interna. Non è improbabile, come ho scritto prima, che le recidive esterne sieno in dipendenza del mancato rifacimento della fascia transversalis. Ma è verosimile che vi contribuisca pure la grossezza del cordone spermatico, ispessito dai prodotti proliferativi perisacculari e dai così detti lipomi compresi fra gli elementi del funicolo. Prodotti proliferativi e lipomi che potrebbero atrofizzarsi quando manchi lo stimolo determinato dalla presenza del sacco e lasciare così uno spazio attorno al cordone, che al momento della sutura non c'era. Oppure può darsi che non sempre venga lateralizzato sufficientemente l'anello interno, per poca distendibilità del cordone o per sue aderenze al canale. Non lateralizzando l'anello inguinale interno si manca ad uno dei postulati dell'operazione, cioè quello di correggere il parallelismo dei due anelli inguinali erniosi e di contrapporre all'anello interno la resistenza di una adeguata parete anteriore del canale. Buona pratica, ad ogni modo, per ovviare alle recidive esterne, oltre all'osservanza corretta del metodo tipico, è quella di asportare tutto ciò che non fa parte anatomica del cordone (v. Dall'Acqua in Carraro). Volendo però entrare nell'intimo delle ragioni per le quali si possono avere delle recidive, pare a me che sia necessario soffermarsi su diversi particolari. Bassini stesso, dopo avere descritto l'operazione, sentì il bisogno di sottolineare alcuni dettagli, quali quello di applicare punti staccati in seta, di suturare il triplice strato per 2-3 cm. della sua altezza e di comprendere nella sutura il margine esterno del muscolo retto. Modestamente credo che le considerazioni di dettaglio possano essere estese anche più in là.

RICOSTRUZIONE DEL PIANO FORMATO DALLA FASCIA TRANSVERSALIS. — Come ho detto, la fascia transversalis forma la parete posteriore del canale inguinale. Nell'ernia inguinale questa fascia è attraversata o espansa dalla massa erniaria. Insieme alla massa passano attraverso la fascia transversalis degli involucri erniari, cioè il peritoneo (quando c'è) e il grasso preperitoneale (che può dar luogo ai pseudo-lipomi). Ampliare, nell'operazione di ernia inguinale, la porta erniaria, incidendo sulla fascia transversalis, è indispensabile per liberare interamente gli involucri dell'ernia dalla porta erniaria e per esciderli in modo che abbiano a perdere i loro rapporti topografici di immediata corrispondenza alla porta medesima: il che non è che la prosecuzione del tempo curativo consistente nell'escissione del sacco. Ma, per far ciò non è indispensabile che la fascia transversalis venga aperta su tutta l'estensione del canale: basta inciderla in vicinanza della porta erniaria, per modo che si possano dominare il sacco e il preperitoneo dorsalmente ad essa. Una volta fatto questo, poichè, secondo me, il significato della fascia transversalis rispetto all'anatomia patologica dell'ernia è quello di piano portatore della porta erniaria, continuo a considerarla tale anche rispetto alla terapia, e, a questo riguardo, invece di utilizzarla come strato di rafforzamento della nuova parete, la tratto in modo da lasciarla al suo ufficio di parete originaria, previa soppressione della porta erniaria, mentre la parete nuova (muscolare) verrà costruita indipendentemente da essa.

Ora, il trattamento così inteso varia a se-

conda che l'ernia sia interna od esterna. Nelle ernie inguinali interne, (vedi figg. 1-2) la fascia transversalis è abbondante e spessa. Distaccatala dal sacco come strato distinto, la divido in due lembi, uno superiore, uno inferiore: e, quando sia stato provveduto al sacco, dispongo l'inferiore di questi lembi dal basso in alto sotto al superiore e alla soprastante parete muscolo-aponevrotica dell'addome, e a questa lo fisso mediante qualche punto trapassante a tutto spessore; ribatto poi il lembo superiore sull'inferiore e vi suturo il suo margine libero vicino alla benderella ileo pubica. (vedi figg. 1-2).

Nelle ernie inguinali esterne, la fascia transversalis è invece assai sottile e non si protende sul sacco. In tal caso mi limito a ristabilirne la continuità suturando fra loro i margini dell'incisione ampliatrice e della porta erniaria, fino a ricostruire in certo modo lo strato posteriore dell'anello inguinale interno. Tutto ciò dà già una certa resistenza alla nuova parete del canale, ma in maggior misura giova a contenere il grasso preperitoneale togliendogli ogni rapporto col cordone spermatico ed impedendo che blocchi di esso si frammettano ai margini del nuovo strato muscolo-aponevrotico, specie in corrispondenza del nuovo anello inguinale interno, ove possono anche essere causa di compressione sulle vene e perciò favorire ematomi del funicolo scrotale.

UTILIZZAZIONE DEL MUSCOLO RETTO. — Le parole stesse di Bassini riportate dianzi, dimostrano che secondo il suo intendimento la nuova parete posteriore del canale inguinale va ricostruita a spese dell'intera parete addominale, la quale comprende in quella regione « il margine esterno del muscolo retto anteriore dell'addome ed il triplice strato ».

Tolta a questi componenti la fascia transversalis, che io tratto come piano a sè, i tessuti che mi rimangono per costruire il piano nuovo della parete posteriore vengono ad essere « il margine esterno del muscolo retto anteriore dell'addome » e il « muscolo piccolo obliquo » e il « muscolo trasverso ».

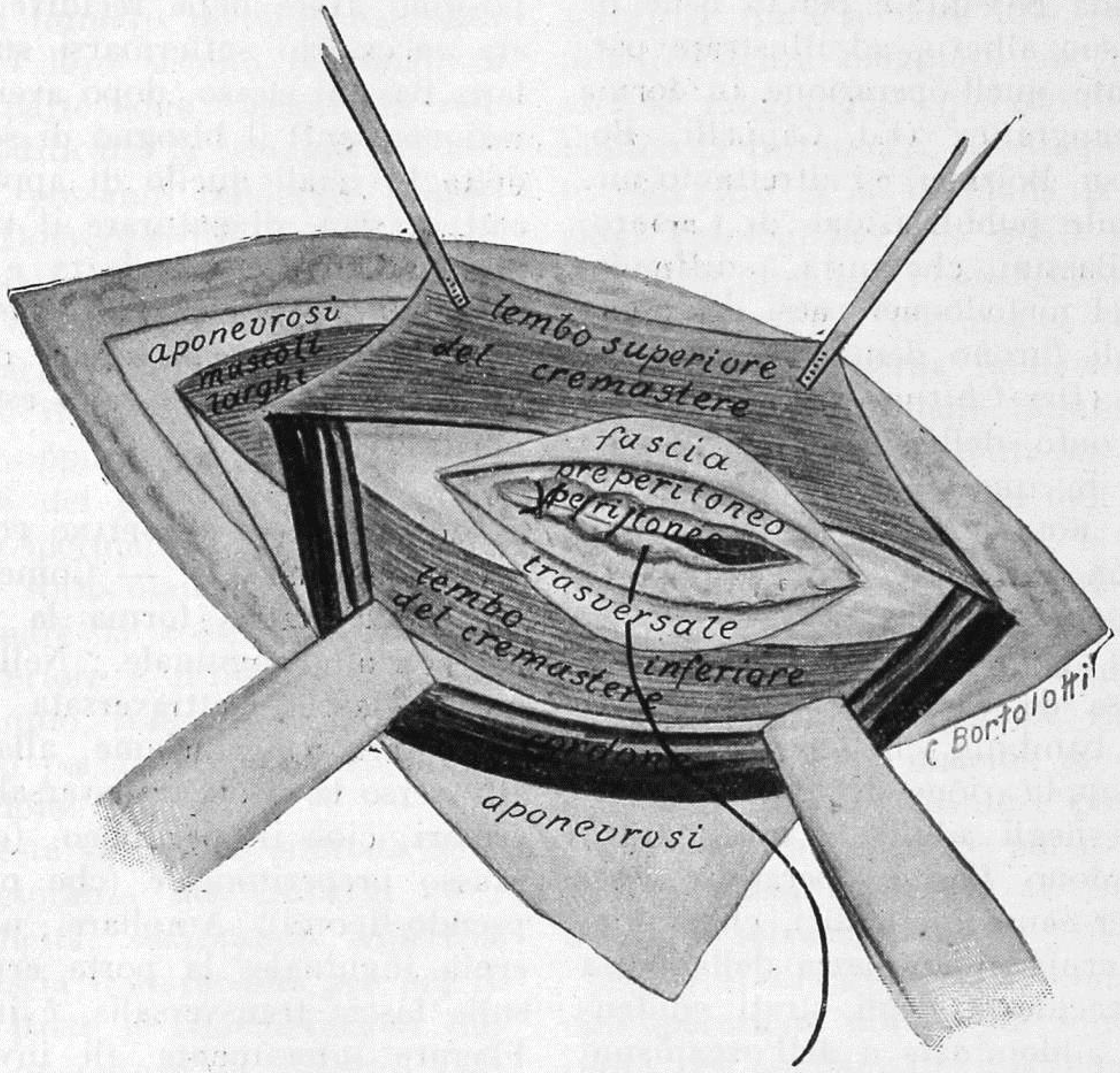


FIG. 1.

Ora, il margine esterno del muscolo retto va utilizzato secondo Bassini a questo modo: « I primi due punti, applicati appena all'esterno del pube, comprendono anche il margine esterno del muscolo retto anteriore dell'addome ». E i rapporti anatomici secondo i quali il muscolo stesso deve figurare in questa utilizzazione sono dilucidati da Carraro, il quale, dopo aver riferito quel passo del Maestro, aggiunge: « naturalmente ricoperto (il muscolo) dalla sua aponevrosi ».

Il muscolo retto così usato viene a compensare la naturale debolezza del triplice strato, ivi composto da fascia transversalis e, non più dai fasci carnosi del piccolo obliquo e del trasverso, ma dal loro tendine (congiunto). E questo bisogno di compenso è tanto più

sentito quanto più l'ernia è voluminosa, perchè, in rapporto diretto col volume dell'ernia, non solo aumenta la necessità di maggiore robustezza della nuova parete, ma è più deficiente la massa carnosa del piccolo obliquo e del trasverso. È in questa sede (fossetta inguinale media) che più facilmente si formano le recidive secondo l'esperienza della stessa Scuola di Bassini. Che cosa si può fare, volendo fare qualche cosa che elimini o riduca

sutura in modo da non lasciare più apertura lungo tutto il canale, in modo cioè che « venga soppresso l'anello esterno » e che il cordone rimanga sotto la cute. (Bastianelli R., *Z. f. ärztl. Fortb.*, 1913).

Attaccato come sono al concetto anatomo-fisiologico informatore del metodo di Bassini, io mi sono proposto di raggiungere lo scopo limitandomi ad utilizzare il muscolo retto per estensione maggiore di quella consigliata da

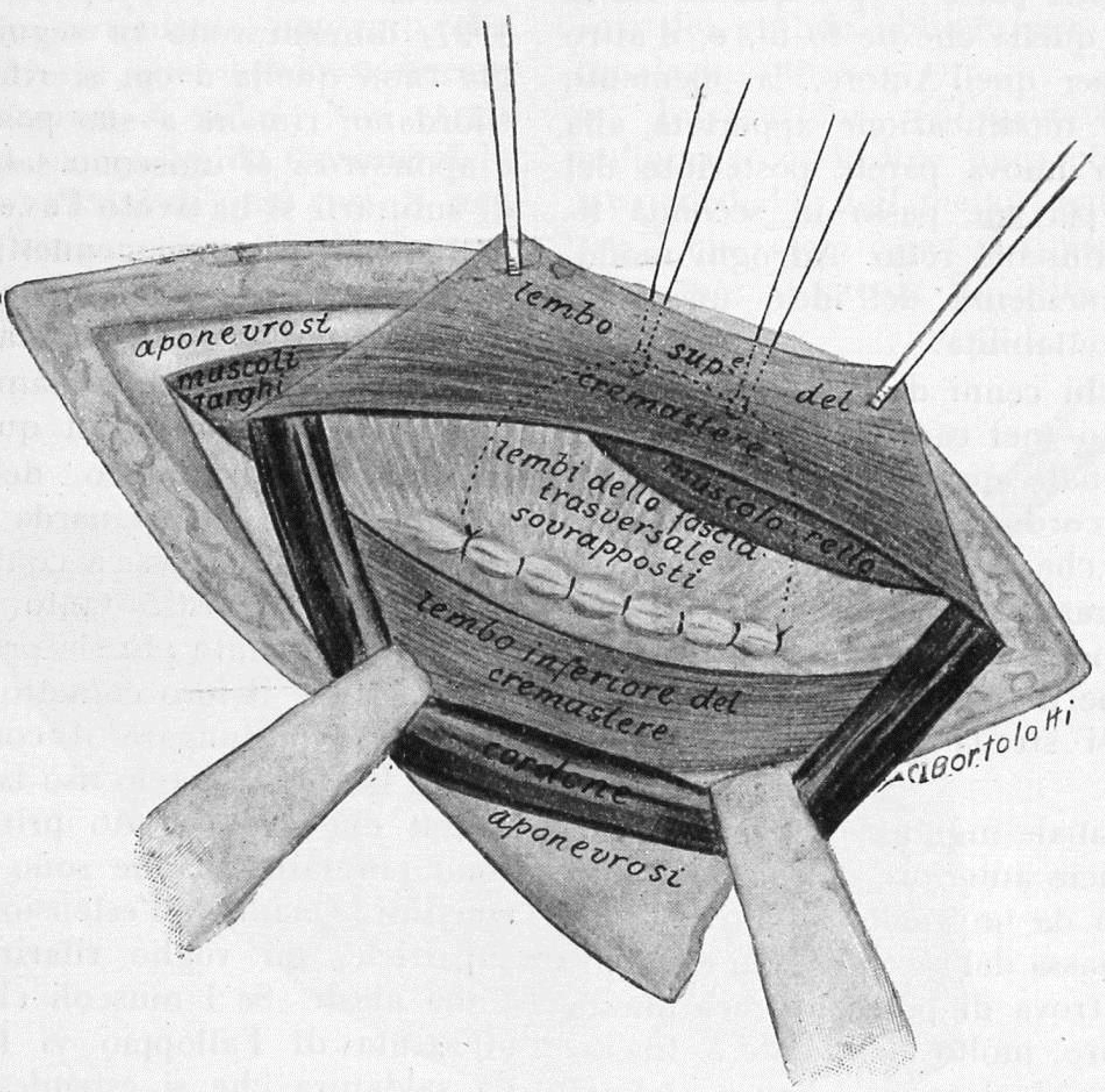


FIG. 2.

quest'inconveniente? Usare fra i componenti della nuova parete, nuovi tessuti in aggiunta a quelli usati da Bassini o disporre questi in modo più congruo all'obbiettivo. Fu ricorso all'uno e all'altro espediente assieme: e cito ad esempio di ciò l'artificio di Bastianelli R. il quale: riunisce esattamente i margini della fascia trasversale; ribatte in basso un lembo della pagina anteriore della guaina del muscolo retto incisa un paio di centimetri medialmente al suo margine laterale, e lo sutura al margine posteriore del legamento di Poupart; sutura pure al legamento, nella parte bassa della regione il margine libero del retto, mentre nella parte alta vi vengono suturati i muscoli obliquo interno e trasverso; dispone sopra lo strato muscolare il lembo-infero-esterno dall'aponeurosi dell'obliquo esterno e ne riunisce il margine, per quanto è possibile, al margine mediale della guaina del retto incisa; applica il lembo supero-interno dell'aponeurosi medesima sull'esterno e ve lo

Bassini: il che necessita di sguainarlo in luogo di lasciarlo chiuso nella sua guaina; ma (a differenza degli operatori che mi hanno preceduto) lo sguainamento io lo ottengo raggiungendo la massa carnosa del muscolo al suo margine, anzichè sulla superficie anteriore, cioè fra tendine congiunto e fascia transversalis. Così scoperto, il muscolo può essere suturato all'arcata per 4-5 punti. E per tale lunghezza io costruisco la parte mediale della nuova parete inguinale posteriore col muscolo retto, continuando nel rimanente tratto laterale con la parte carnosa del piccolo obliquo e del trasverso, e applicando poi al di sopra del retto il tendine congiunto e il residuo marginale di piccolo obliquo e trasverso.

UTILIZZAZIONE DEL CREMASTERE. — Di cremastere, nell'operazione di Bassini non è fatto cenno. Diversi chirurgi invece lo impiegano più o meno estesamente nella costruzione

della nuova parete inguinale, fino a riassumere in esso tutta la costruzione medesima. (Brenner). Non mi ero imbattuto ancora, prima di conoscere il trattato di Kirschner, in una modalità d'impiego di quel muscolo che, al pari della seguente, alla quale mi attengo io, dimostri, anzitutto, la razionalità di utilizzarlo e sia altrettanto anatomica.

La stessa utilizzazione che ne fa Kirschner non è però che una parte — per quanto sia la principale — di quella che ne fo io, e, d'altro canto, assurge per quell'Autore, a elemento dominante nella modificazione apportata alla costruzione della nuova parete posteriore del canale, mentre per me passa in seconda linea rispetto al muscolo retto. Ad ogni modo, trovo, nella coincidenza dell'idea, un titolo di maggiore accettabilità.

Anche dai pochi cenni di anatomia che abbiamo richiamato (nel capitolo) risulta che il cremastere inguinale appartiene alle pareti del canale, non al cordone, essendo formato da fibre muscolari che si dipartono dal piccolo obliquo e dal trasverso e aderiscono all'aponevrosi del grande obliquo. Esso è parte di quei muscoli, che il funicolo spermatico porta con sè facendosi strada attraverso la parete dell'addome.

Se, aperto il canale inguinale, ci si limiti ad isolare la superficie anteriore del cordone e si incida su di essa da un anello all'altro fino a raggiungere la massa del sacco e degli elementi del funicolo, si trova di poter liberare questa massa tutta in giro, molto facilmente e, liberatala e sollevatala, si riconosce d'aver scolpito due lembi di tessuto muscolare, di cui il superiore si continua coi muscoli piccolo obliquo e trasverso, l'inferiore aderisce alla parte riflessa dell'aponevrosi del grande obliquo. I due lembi si continuano fra di loro in profondità, ma assottigliati assai, e, quando si sia interrotta questa unione nella direzione del canale per scoprire il bordo posteriore dell'arcata, il margine del lembo superiore risulta essere il margine inferiore del piccolo obliquo e del trasverso, il lembo inferiore forma invece corpo a sè posteriormente all'aponeurosi del grande obliquo.

Nell'isolare il sacco, io procedo al modo suddetto, e, nella costruzione della parete posteriore del canale utilizzo la parte superiore del cremastere come muscoli della parete e ribatto l'inferiore al di sopra della sutura, sui muscoli medesimi, sotto il cordone.

LA SUTURA PER LA PARETE POSTERIORE. — È scritto in più luoghi che la saldatura fra muscoli e arcata crurale non si stabilisce o non dà affidamento. Si credette d'averlo anche dimostrato. (Seelig a. Chouk, *A. of Surg.*, 7, 1923) e si disse per giunta che solo in casi di suppurazione la si può ottenere qualche volta (Chenin. *Zorg.*, 36, 458). Per cui Giordano, con molto sarcasmo ma con altrettanta praticità commentò: bisognerà allora che cambiate la vostra patologia. Ma Koontz prima e Rosenblatt a. Cooksey poi (*Ann. of Surg.* 86, 1927) dimostrarono in seguito che la Patologia (non quella a cui si riferisce giustamente Giordano) rimane a suo posto e che muscolo e aponevrosi si uniscono saldamente se prima di suturarli si ha avuto l'avvertenza di togliere dall'aponevrosi ogni connettivo lasso. Dal che si ricaverebbe la pratica conclusione che, prima di suturare i muscoli all'arcata conviene denudare questa accuratamente dal tessuto connettivo cellulare. Fin qui il lato che potremmo dire istologico, della questione. Ve n'è un altro: che riguarda i rapporti anatomici dei tessuti messi a contatto. È ovvio che tessuti contrapposti, tanto più validamente aderiranno quanto più sia prolungato ed esteso in superficie il loro contatto. Della prima opportunità (prolungare il contatto) si accorse subito Bassini e perciò usò la seta in luogo del catgut che aveva usato prima; altri lo capirono più tardi ma ne sono ormai altrettanto convinti. Quanto all'estensione di contatto in superficie, mi voglio riferire ad una condizione ideale. Se i muscoli che vengono fissati all'arcata di Falloppio vi fossero mantenuti da saldatura che si estendesse a tutta la superficie dell'arcata e del lembo inferiore dell'aponevrosi del grande obliquo risultante dall'incisione d'apertura del canale inguinale, la nuova parete posteriore del canale verrebbe ad essere costituita da un largo strato di muscolo fissato al margine anteriore dell'osso iliaco da un corrispondente tendine altrettanto largo, e solidità maggiore, per quella parete, non si potrebbe immaginare (a questo concetto dovrebbe essere ispirato anche il contegno di Flerov, *Zorg.*, 37, 1927). Far saldare muscoli e aponeurosi mediante numerosi e opportuni punti a tutto spessore non dovrebbe essere difficile. Ma, utilizzando il lembo inferiore dell'aponeurosi del grande obliquo a quel modo, non rimane più stoffa sufficiente per ricostruire una salda parete anteriore del canale, e perciò ci si allontanerebbe da uno dei concetti fondamentali dell'operazione.

L'opportunità di far aderire estesamente la superficie muscolare all'aponevrosi del grande obliquo si può leggere nell'avvertimento di

Bassini: « Comprendere due o tre centimetri di margine del triplice strato ». Ma l'adesione che per tal modo si stabilisce viene a trovarsi fuori del campo di strettura dei punti, perchè questi dal lato dell'arcata comprendono soltanto il « bordo posteriore isolato della corda di Poupart ». Io mi sono domandato se non si potesse ampliare il campo di raffrontamento dei muscoli anche nei tratti in cui essi vi sono forzati dai punti, e nello stesso tempo ovviare all'inconveniente, non raro, che, mentre l'ago attraversa quel bordo posteriore dell'arcata, l'aponevrosi si sfibri. Non saranno dovuti a strappi successivi, da tensione della parete addominale, alcuni di quei casi di recidiva parziale che vengono lamentati? Ora, secondo la mia esperienza, assicurano il beneficio della più estesa valida aderenza e ovviano all'inconveniente dello sfibramento, punti ad U annodati all'esterno dell'arcata; ma, non punti ad U come si trovano consigliati da più parti, con ramo di riunione disposto di traverso (i quali hanno lo scopo di affrontare maggiormente la superficie in estensione lineare e rispettare vasi e nervi e le fibre muscolari stesse, che decorrono nella medesima direzione): punti ad U, invece, disposti verticalmente come il punto ordinario, ma che, dalla parte dell'aponevrosi abbraccino tutta l'arcata, non soltanto il suo margine. Ed io li applico infatti a comprendere la benderella ileo-pubica in dietro e tutta la parte riflessa dell'aponevrosi in avanti. Analogamente faceva Ruggi secondo uno dei suoi modi di sutura, nell'ernia crurale.

Particolarità di esecuzione (v. figg. 3-8). -- Attenendomi ai principi e ai dettagli sovraesposti, io applico il metodo di Bassini a questo modo:

Incisione della cute sul canale e sorpassante di poco col suo estremo laterale l'anello inguinale interno cioè il mezzo dell'arcata, estesa invece con l'estremo mediale fino alla radice del pene.

Distacco della fascia superficialis dalla sottostante aponevrosi, così da raggiungere la fascia cribriforme in basso e scoprire l'aponeurosi del grande obliquo per 2-3 cm. sopra il canale in alto.

Interruzione dell'aponevrosi del grande obliquo secondo una linea che parta dal pilastro mediale dell'anello, salga verticalmente per 1 cm. circa e poi si ripieghi di lato parallelamente al canale fin oltre l'anello interno (fig. 3).

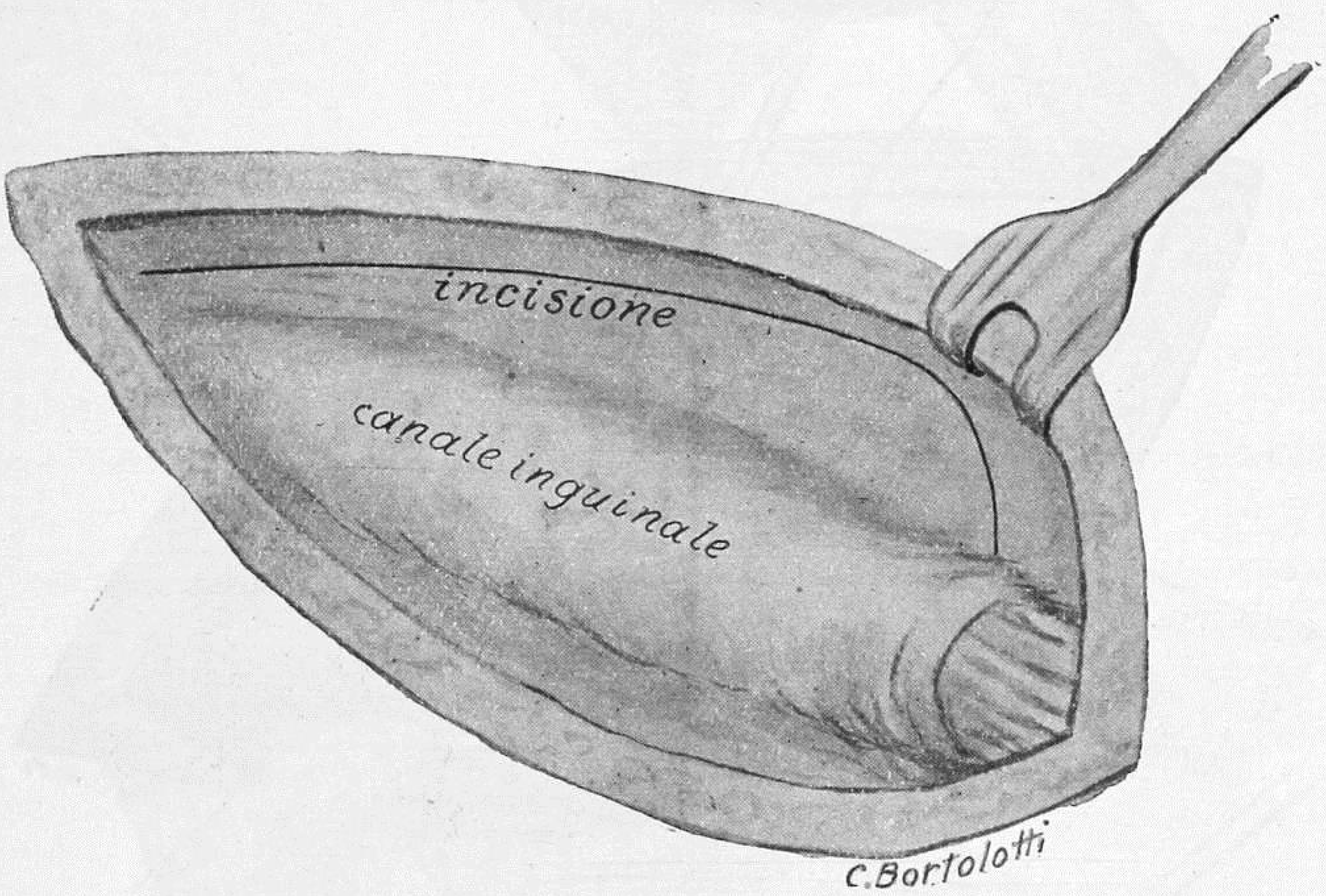


Fig. 3.

Distacco di questo lembo di aponevrosi dal sottostante cordone.

Incisione del cremastere lungo tutto il cordone, da anello ad anello.

Isolamento del cremastere dalla massa del sacco e del funicolo.

Isolamento del sacco dal funicolo: per il quale ritengo opportuno aprire subito il sacco, riconoscere se la sua cavità comunichi con la vaginale propria o ne sia distinta e se contenga visceri aderenti, onde provvedere alla loro liberazione. In caso di continuazione con la vaginale del testicolo, interruzione del sacco poco a monte del testicolo, sutura dell'estremo distale, distacco del prossimale fino all'anello interno. In caso di sacco a fondo cieco, distacco analogo partendo dal mezzo e andando verso il fondo da una parte, verso la base dell'altra.

Isolamento del funicolo dal fondo della doccia cremasterica. — Isolamento del sacco in profondità: Distaccato il sacco dal funicolo, lo si ribatte di lato. Si interrompono posteriormente le due metà del cremastere se già non sono state interrotte durante l'isolamento del funicolo. Si riconosce la continuazione del sacco con la fascia transversalis e si incide su questa, evitando i sottostanti vasi epigastrici, fino a poter dominare il sacco dietro di essa.

La base del sacco viene allora distaccata accuratamente dal tessuto preperitoneale e il sacco medesimo viene interrotto posteriormente alla porta erniaria e chiuso con sutura lineare co-

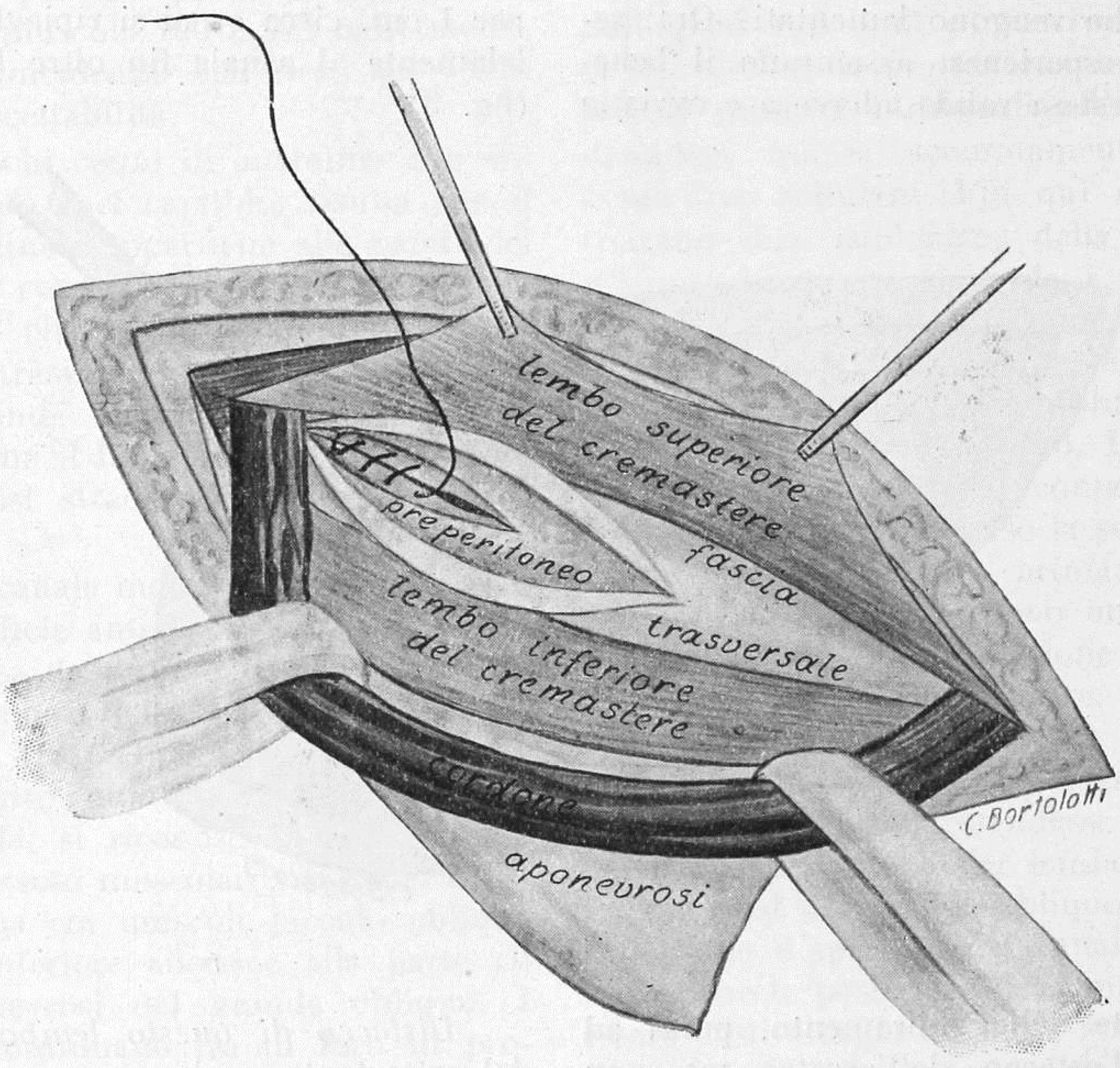


FIG. 4. — La direzione della sutura è all'inverso.

me il peritoneo di una breccia laparotomica. Si asportano i pseudo-lipomi che si dirigono al funicolo (fig. 4).

Preparazione dei piani per la parete posteriore. — Si solleva il piano formato dal lembo superiore del cremastere e dai muscoli piccolo obliquo e trasverso mantenendolo teso distalmente, mentre il funicolo spermatico è tirato in basso, e verso il basso è teso anche il margine superiore di incisione della fascia transversalis. Si riconosce posteriormente, con l'indice introdotto nell'apertura di incisione della fascia transversalis e disposto fra questa e il retrostante peritoneo, la sporgenza marginale del muscolo retto. Si scolla, sopra questa sporgenza, la fascia transversalis dalla parte carnosa del piccolo obliquo e del trasverso fino a riconoscere delle fibre aponevrotiche dirette obliquamente e si incide su di esse (fig 5). Viene così raggiunto il margine carnoso-tendineo del muscolo retto, che bisogna scoprire di lato fin dove assume direzione ascendente. Quivi si interrompono due vasellini che è bene allacciare. All'estremo mediale, oltre al tendine del retto, si scopre il muscolo piramidale. Fatta questa preparazione anatomica, si sutura la breccia della fascia transversalis fino a ridosso degli elementi del funicolo spermatico. Si isola poi la benderella ileo-pubica e il margine posteriore dell'arcata che la continua in avanti, e si procede alla sutura del piano muscolare.

Sutura del piano muscolare. Punti in seta. Si applica un primo punto a formare l'anello inguinale interno. A tale scopo l'ago comprenderà 2-3 cm. dello strato muscolare del piccolo obliquo e del trasverso che qui abbonda (prolungato com'è da cremastere); e, dalla parte opposta trafiggerà la benderella ileo-pubica per uscire sulla linea di intersezione fra aponevrosi del grande obliquo e fascia femorale; poi, lo stesso ago, sfilato e riapplicato all'altro capo del filo (o un altro ago già applicatovi in precedenza) trafiggerà ancora l'aponevrosi da dentro in fuori sulla linea di passaggio fra parte verticale e parte orizzontale dell'aponevrosi del grande obliquo, in avanti

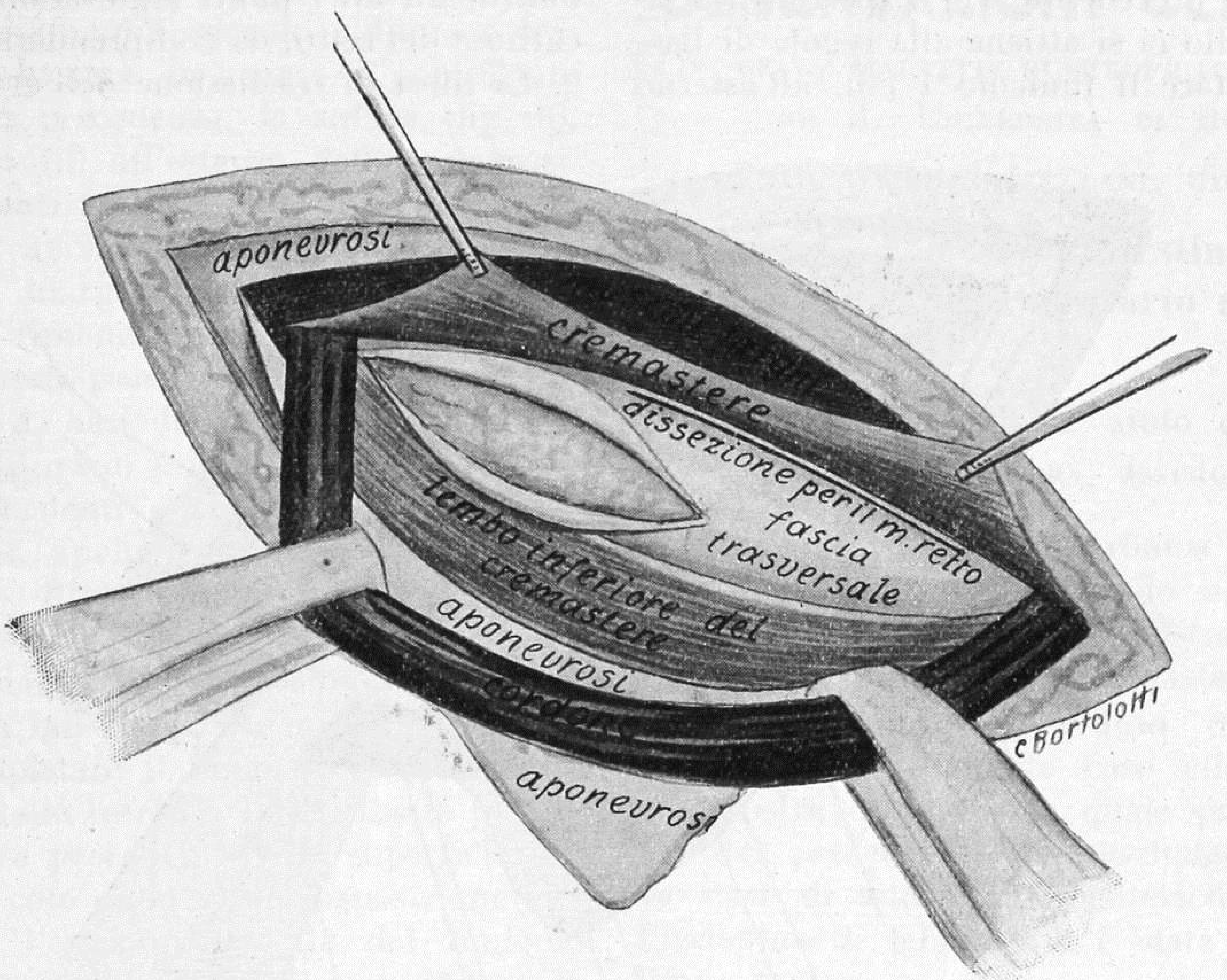

aponeurosi
cremastere
dissezione peril m. retto
fascia
trasversale
lembo inferiore del
cremastere
aponeurosi
cordone
aponeurosi
C Bortolotti

Fig. 5.

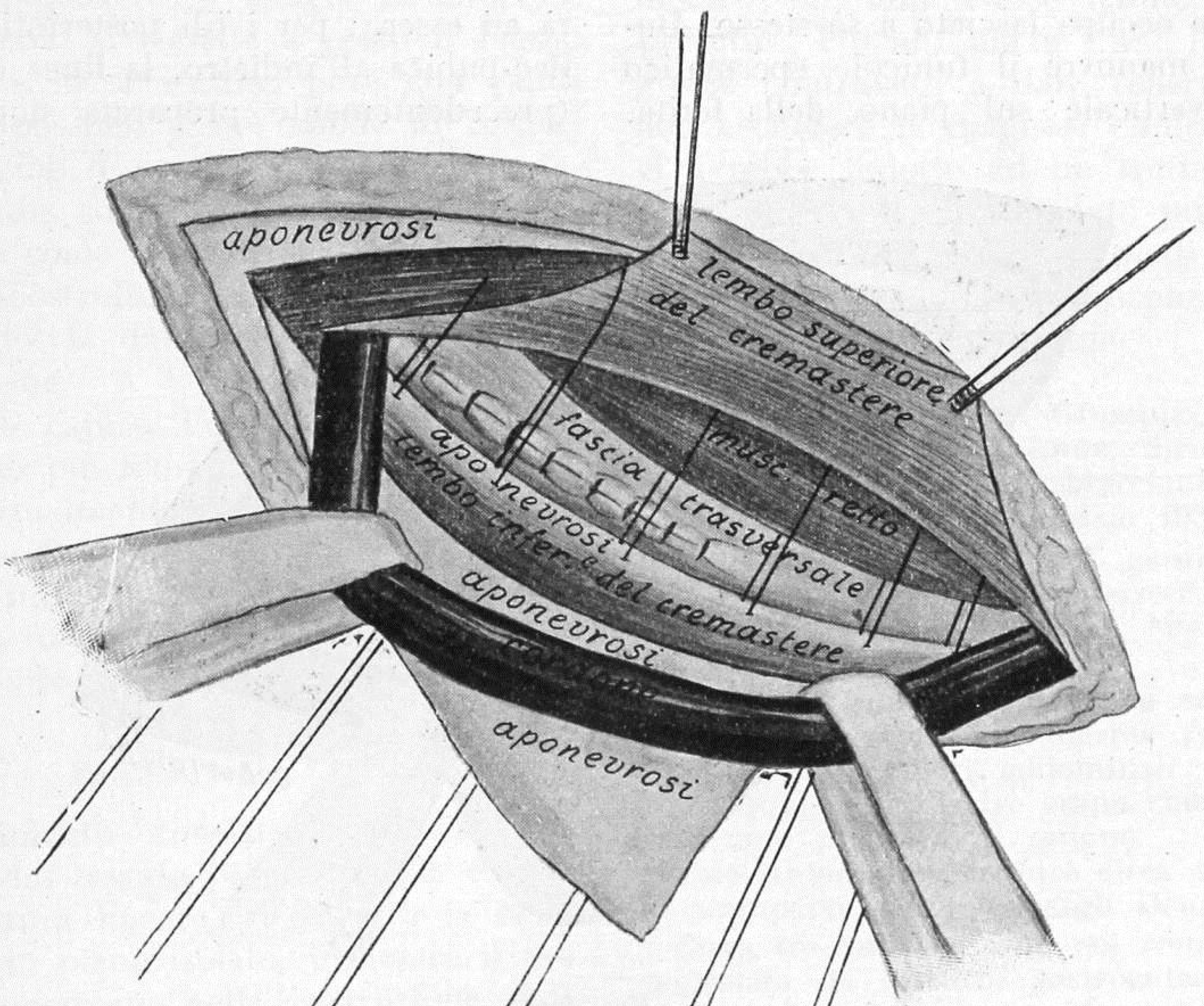

aponeurosi
lembo superiore
del cremastere
fascia
musc.
retto
trasversale
apo neurosi
lembo infer.re del cremastere
aponeurosi
aponeurosi

Fig. 6.

del passaggio precedente. Per l'apertura da lasciare all'anello ci si attiene alla regola di Bassini: di spostare il funicolo 1 cm. all'esterno

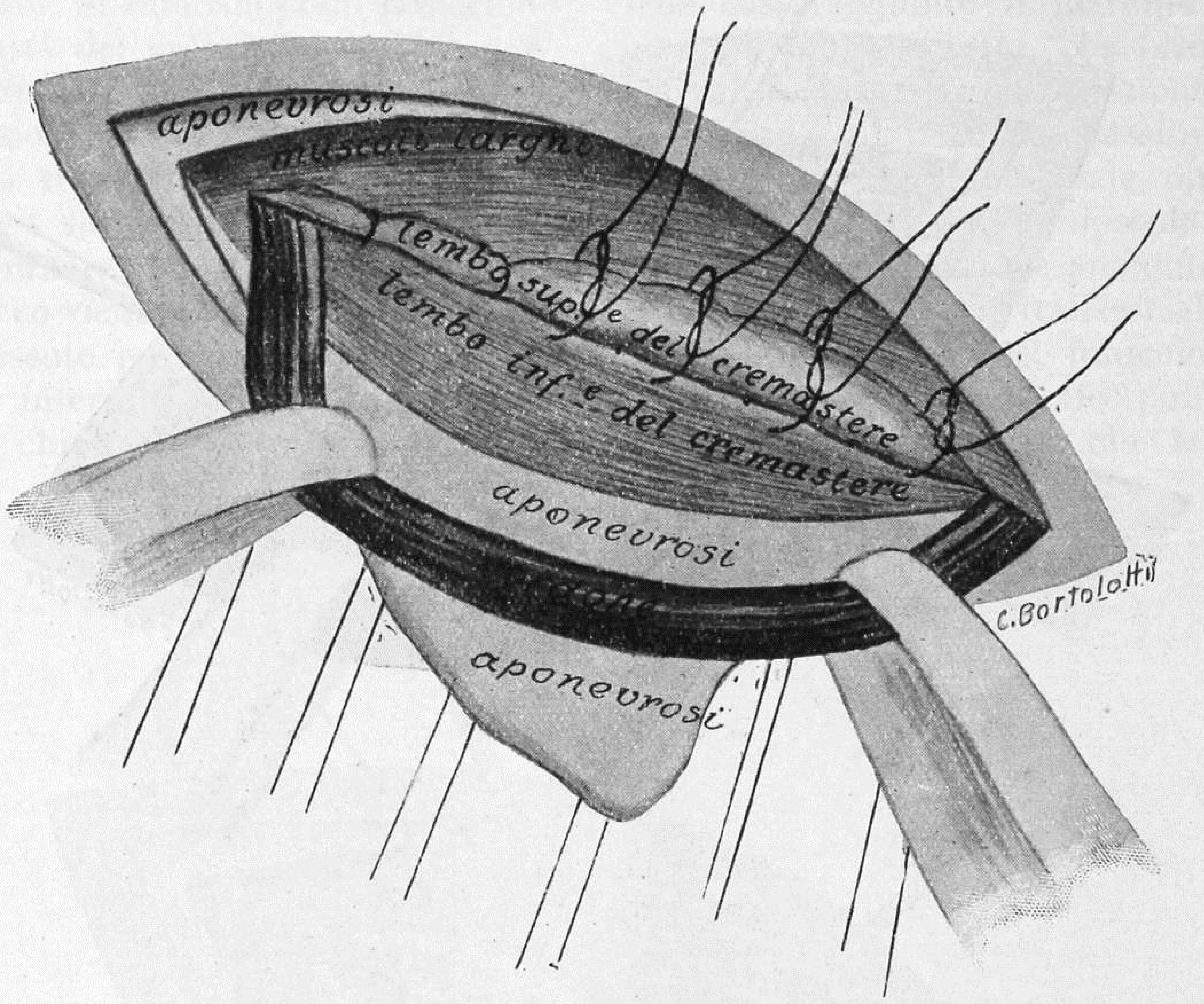


FIG. 7.

della sede che occupa lasciato a sè stesso. Durante queste manovre il funicolo spermatico sarà tenuto verticale sul piano della ferita.

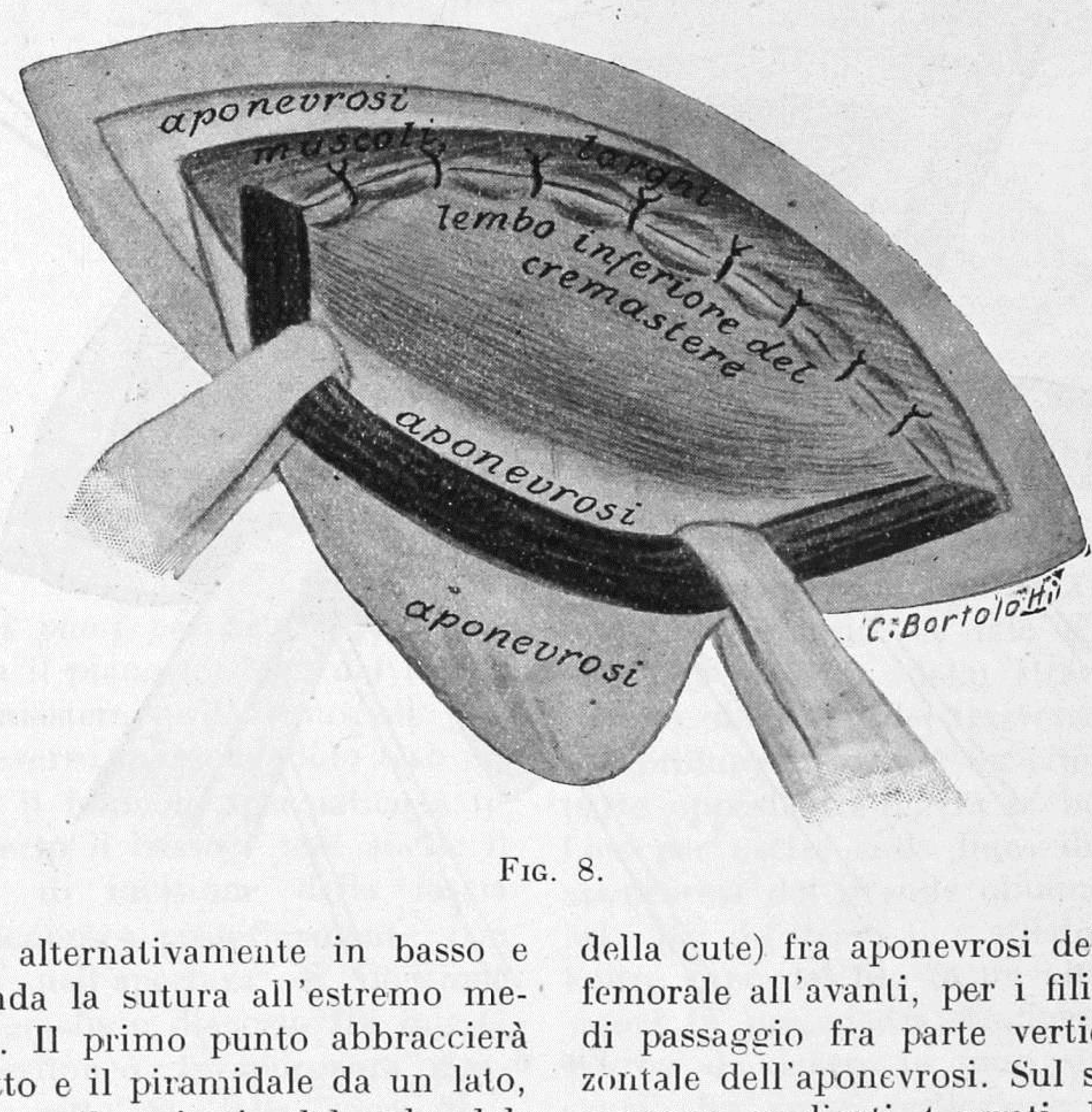


FIG. 8.

Adagiandolo ora alternativamente in basso e in alto, si riprenda la sutura all'estremo mediale della ferita. Il primo punto abbraccierà il tendine del retto e il piramidale da un lato, il pilastro laterale e il periostio del pube dall'altro; gli altri punti seguiteranno sulla parte carnosa del retto, da comprendersi per cm. 1½-2. La linea di trasfissione dell'arcata continuerà ad essere: per i fili posteriori la benderella ileo-pubica all'indietro, la linea di intersezione (precedentemente preparata dopo l'incisione della cute) fra aponevrosi dell'obliquo e fascia femorale all'avanti, per i fili anteriori la linea di passaggio fra parte verticale e parte orizzontale dell'aponevrosi. Sul solo muscolo retto vengono applicati 4 punti. Un quinto punto,

prima del muscolo retto, e insieme con esso, comprenderà i muscoli piccolo obliquo e trasverso, e deve bastare, in genere, a completare col 6° dato in precedenza, la sutura (fig. 6). Si annodano i fili all'esterno dell'aponevrosi. Poi, con 4 punti in seta più sottile si sutura all'aponevrosi anche il tendine congiunto e quel tanto di margine del piccolo obliquo e trasverso che rimane libero. A differenza dei precedenti, questi punti saranno applicati more solito, cioè da annodarsi all'interno, davanti alla linea di sutura di prima, fra l'uno e l'altro dei punti precedenti e comprendendo, prima dell'aponevrosi, anche parte del retto già suturato (fig. 7). Rimane ora il lembo inferiore del cremastere, che talvolta trovasi unito agli altri tessuti dal solo peduncolo esterno laterale. Anche in tali condizioni giova, però, allo scopo di completare il cingolo muscolare del cordone all'anello interno. Lo si ribatte in alto sopra le suture precedenti sulla superficie anteriore del piccolo obliquo, in disposizione tale da avvolgere l'estremo laterale del funicolo lungo la sua superficie inferiore e mediale, e lo si fissa con punti alla superficie anteriore del piccolo obliquo (fig. 8).

Ricostruzione della parete anteriore e chiusura della ferita. — Al di sopra del lembo inferiore del cremastere si adagia il funicolo. Sopra il funicolo si rimette a posto il lembo aponevrotico e lo si sutura, pure con punti staccati (che possono essere anche di catgut) all'altro margine d'incisione. Si sutura la fascia superficialis con filo unico di catgut sottile e la pelle come si vuole.

A canale ricostruito, il funicolo rimane avviluppato a doccia dall'aponevrosi che lo copre e lo sostiene.

Com'è facile capire, l'operazione così intesa richiede molto più tempo di quello che viene impiegato abitualmente dai varii operatori per una così detta Bassini. Ma anche questo è argomento che mi autorizza a dire di non aver io modificato il metodo, ma di avere semplicemente proseguito il cammino fatto dal suo Autore.

RIASSUNTO.

Il procedimento consiste: nell'isolare il sacco anche dal tessuto preperitoneale e chiuderlo con sutura lineare, ricostruire la fascia transversalis in piano isolato, utilizzare il muscolo retto sguainato nella costruzione della parete posteriore, utilizzare la parte supero-mediale del cremastere assieme ai muscoli larghi, la parte infero-laterale come lembo a sè applicato sopra le suture della parete posteriore, usare per la sutura muscolare profonda punti ad U verticali trapassanti.

OSSERVAZIONI CLINICHE

CLIN. DELLE MALATTIE SUBTROPICALI E TROPICALI DE R. UNIVERSITÀ DI ROMA.

Prof. ALDO CASTELLANI, direttore.

Un caso di amebiasi intestinale cronica con reperto di laboratorio negativo per quasi due mesi.

Prof. FELICE PULLÈ, aiuto onorario.

Dott. GIUSEPPE ACANFORA, assistente effettivo.

L'amebiasi intestinale cronica è una delle malattie più diffuse non solo nei climi tropicali, ma anche in quelli nostrali ed in Italia la letteratura ha assunto vaste proporzioni.

Tuttavia abbiamo creduto opportuno di pubblicare il seguente caso clinico occorso alla nostra osservazione quale pratica conferma del precetto di non escludere l'amebiasi in casi di turbe gastroenteriche, anche se l'indagine di laboratorio è stata negativa per lungo tempo.

La sintomatologia presentata dal nostro infermo e gli esami di laboratorio negativi per un periodo di 52 giorni senza dubbio avrebbero portato lontano dalla giusta diagnosi il medico che non avesse tenuto presente tale precetto. Poichè, anche se il laboratorio avesse continuato a dare reperti negativi, il non escludere la diagnosi clinica di amebiasi ci avrebbe indotto ad un trattamento emetinico di prova: trattamento più che giustificato ben conoscendo a quali gravi complicanze possono andare incontro gli ammalati di amebiasi intestinale.

STORIA CLINICA. — S. Giuseppe, a. 34, coniugato, nato a Sartiano (prov. Siena), domiciliato a La Foce (Chianciano), bracciante. Data di ingresso in Clinica: 10 febbraio 1932.

Anamnesi. — Nulla nel gentilizio e nell'anamnesi remota che possa essere messo in rapporto con l'attuale malattia. Nega lue ed altre malattie veneree.

Nel 1922 improvvisamente e senza causa apprezzabile fu colto da diarrea (4-5 scariche al giorno), lievi dolori addominali e tenesmo. Le feci liquide e giallastre erano commiste a muco; mai notò presenza di sangue.

Tale sintomatologia durò circa 40 giorni; quindi scomparve senza lasciargli alcun disturbo.

Circa tre anni or sono poi cominciò ad essere molestato da disturbi gastroenterici, che consistevano in eruttazioni acide, senso di peso allo stomaco dopo i pasti, anoressia, cefalea, mateorismo addominale, borborigmi, diarrea e lieve dolore all'epigastrio. Le feci erano commiste a muco, ma non a sangue. Non febbre. Tali disturbi duravano pochi giorni e si presentavano con intervalli di circa due o tre mesi. Sottopostosi a visita medica e ad esame radiologico gli

fu riscontrata una gastroptosi. Nell'agosto del 1930 perdurando tale sintomatologia si sottopose ad un nuovo esame radiologico. Questa volta gli fu fatta diagnosi di appendicite cronica e nel settembre successivo fu operato di appendicectomia. Guarì per prima intenzione.

Dopo l'atto operativo il paziente non presentò alcun miglioramento.

Perdurando i disturbi gastroenterici ricorre alla nostra Clinica.

All'*esame obiettivo* si rileva quanto segue:

Condizioni generali discrete; cute e mucose visibili bene irrorate; pannicolo adiposo normale; masse muscolari bene sviluppate e toniche. Nulla a carico della cute e delle mucose. Denti cariati. Sensorio integro. Microadenopatia inguinale.

L'addome è spianato e trattabile. Vi si nota una cicatrice da incisione laparatomica di Roux guarita per prima intenzione. Lieve dolorabilità alla pressione sui tratti ascendente e discendente del colon. Nulla a carico dello stomaco.

Il margine inferiore del fegato si palpa a circa un cm. al di sotto dell'arcata costale. È dolorabile e si presenta arrotondato, uniforme e di consistenza leggermente aumentata. Il limite superiore si trova a livello del margine superiore della sesta costa sulla mammillare; del sesto spazio intercostale sull'ascellare anteriore; del settimo sull'ascellare media.

La milza si palpa anche durante leggere inspirazioni.

Esami di laboratorio: Reazione di Wassermann: negativa.

Esame delle urine: nulla di patologico.

Esame del sangue: globuli rossi 4.300.000; globuli bianchi 6500; Hb. 84 %; valore globulare 0,97.

Formula leucocitaria: neutrofili 63 % eosinofili 2 %; basofili 0 %; linfociti 25 %; monociti e forme di passaggio 10 %.

Esame delle feci: L'esame delle faci, praticato dapprima per 12 giorni consecutivi previa somministrazione di 30 grammi di solfato di magnesio in prima giornata, dette reperto di nessuna importanza.

Cristalli di Charcot-Leyden assenti.

Sieroagglutinazione (più volte ripetuta): per i bacilli ceylonensis A; ceylonensis B; madampensis; metadissenterico, dissenterici, paradissenterici, tifo, paratifo: negativa.

L'ammalato fu trattenuto in osservazione in Clinica.

Durante la degenza si mantenne costantemente apirettico. Egli si lagnava spesso di dolore all'epigastrio, al basso ventre ed alla regione epicolica sinistra. Alvo regolare.

Venuto fino dall'inizio il sospetto che potesse trattarsi di amebiasi intestinale si praticava l'esame delle feci giornalmente per un primo periodo di 12 giorni e poi ogni due o tre giorni con esito però sempre negativo.

Il 2 aprile u. s. poi, e precisamente dopo 52 giorni di degenza in Clinica, il paziente presentò una scarica diarroica accompagnata da dolori addominali. Non febbre nè vomito. Le feci si presentavano liquide, di colorito giallo citrino, commiste a muco, ma non a sangue. All'esame microscopico nulla di notevole.

Il giorno seguente il paziente ebbe quattro scariche diarroiche sempre accompagnate da dolori addominali. L'esame microscopico eseguito su materiale dell'ultima scarica dette il seguente reperto: presenza di amoeba hystolitica tipica in grande numero in forma vegetativa.

Fu iniziato subito un trattamento emetinico dapprima e poi di emetina associata a yatren 105. I sintomi clinici andarono rapidamente diminuendo di intensità. Il giorno 28 aprile però l'esame delle feci metteva ancora in evidenza qualche ameba in forma cistica.

Il 2 maggio il paziente — notevolmente migliorato — volle essere dimesso. Gli furono consigliati una cura ambulatoria a base di yatren 105 e quindi dei nuovi periodi di cura in Clinica.

Siamo ora informati che il paziente gode buona salute e attende alle sue occupazioni senza alcun disturbo.

RIASSUNTO.

Il caso clinico da noi riferito, abbastanza istruttivo, conferma quanto abbiamo detto in principio e ci insegna ancora una volta che negli individui affetti da turbe gastroenteriche non bisogna fermarsi ai primi esami negativi delle feci, ma bisogna ripeterli con instancabile costanza.

BIBLIOGRAFIA.

CASAGRANDI. *Sulla diagnosi della dissenteria amebica.* La medicina italiana, n. 2, 1920.

CASTELLINI e CHALMERS. *Manual of tropical medicine*, London.

CHARPIN. *L'amibiase chronique en France.* Thèse de Paris, 1919.

IZAR. *Forme rare di amebiasi latente e cronica.* Riforma medica, n. 13, 1931.

ID. *L'amebiasi cronica.* Studium, n. 6, 1921.

ID. *Forme rare di amebiasi latente e cronica.* Morgagni, LXIII, 1921.

ROGERS L. *Fevers in Tropic.* London, 1910.

ID. *Dysentery. The differentiation and treatment.* London, 1913.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALI RIUNITI G. MELACRINO
ED F. BIANCHI DI REGGIO CALABRIA
REPARTO CHIRURGICO

Nuova casistica clinica di terapia immunizzante con gli ultrapeptoni.

Prof. GIOVANNI CAROSSINI, chirurgo primario.

Al XXXVII Congresso di Medicina Interna tenutosi a Bari nell'ottobre 1931, dopo aver presentato e discusso una prima casistica clinica comprendente complessivamente 26 casi di carcinomi *inoperabili* dello stomaco, della mammella, e dell'utero trattati esclusivamente con iniezioni intradermiche di *ultrapeptoni* (disintegrati), concludevo con un augurio ed una promessa: l'augurio che i promettenti resultati osservati in quei primi pochi casi, a bella posta scelti fra i più gravi, si potessero verificare anche in altri ammalati della medesima forma morbosa; e la promessa che, lusingato da tali resultati avrei esteso le mie osservazioni cliniche in una serie molto più numerosa e più varia anche in stati meno avanzati di sviluppo della forma carcinomatosa. Mi ripromettevo inoltre di estendere le mie osservazioni anche a casi operati di asportazione del tumore e successivamente trattati con gli U.P. allo scopo di verificare quale percentuale recidive questi avrebbero presentato nei confronti di altri casi operati e trattati con i disintegrati in parola. Purtroppo per una serie di circostanze di varia natura solo in parte potei portare ad effetto il piano di indagine prestabilito e, con non poche difficoltà, potei continuare a seguire anche da lontano i malati tanto della prima serie (statistica 1931) quanto quelli della seconda serie (statistica 1932-34). In ogni modo potei egualmente arricchire le mie osservazioni con numerosi nuovi casi clinici fra i quali figurano anche forme neoplastiche a carico di altri organi.

Aggiungerò anche, che mentre ho sempre usato gli U.P. fornitimi dall'Istituto Maragliano di Genova, a tipo polivalente, in un caso clinico usai quelli *specifici* cioè allestiti espressamente con materiale prelevato dal pezzo anatomico asportato chirurgicamente dall'ammalato.

Gli U.P., come è ormai noto per tutta la lunga serie di ricerche compiute in questi anni dall'Istituto Maragliano, rappresentano l'estremo prodotto di disintegrazione della molecola proteica, dotato di potere antigene ed atto a determinare una reazione immunitaria specifica. Circa il loro impiego in terapia, la loro posologia ecc., non sto nuovamente a trattarlo qui e rimando per tali dati alla mia comunicazione al Congresso al quale sopra accennavo e che fu resa nota da vari Periodici Medici tra cui citerò solo la « *Riforma Medica* » (N. 51, 1931).

*
* *

Prima di riferire in merito alle nuove osservazioni cliniche del periodo ottobre 1931-luglio 1934, ritengo opportuno accennare a quanto a me resulta fino ad oggi dei 26 casi portati al XXXVII Congresso di Bari del 1931. Per maggior chiarezza anzi, riassumerò qui quella statistica: si trattava in complesso di 26 casi gravissimi di carcinomi che per *sede* potevano essere così ripartiti:

1) 21 casi di *carcinoma gastrico* assolutamente inoperabile e che furono trattati unicamente con U.P. Alla data del 1° ottobre 1931 avemmo 9 sopravvissuti che contiuavano la cura regolarmente, ed al 31 dicembre ne sopravvivono 3. Degli altri 6 ne sono deceduti 5 ed 1 fu perduto di vista. Da notizie pervenute recentemente i 3 viventi stanno discretamente tranne 1 che presenta stato generale grave e di questo forse è prossima la fine.

2) 3 casi di *carcinoma di mammella* con metastasi ascellare diffuse, tutte operate e trattate subito dopo l'intervento operatorio (consistente in amputazione ampia della mammella con asportazione dei muscoli pettorali e svuotamento del cavo ascellare) con U.P.: 2 sono viventi e godono ottima salute ed 1 decedette dopo 9 mesi dall'intervento: però è da notare che tale ammalata era affetta anche da diabete grave.

3) 2 casi di *carcinoma dell'utero* (portio) assolutamente inoperabile per vasta diffusione del processo neoplastico ai parametri ed alle ghiandole inguinali entrambe decedute 1 dopo 8 e l'altra dopo 21 mesi di cura.

Di notevole importanza è il fatto che decedette per prima la malata che eseguì una cura assai irregolare e saltuaria di U.P. L'altra malata che decedette dopo 21 mesi, si sottopose, particolarmente nel primo periodo, ad una cura regolarissima.

Il seguente quadro riassume più chiaramente i resultati terapeutici dei 26 casi sopra riferiti.

È da notare che la sopravvivenza dopo 4 anni dei 2 casi di ammalati di carcinoma gastrico e di 2 casi di carcinoma della mammella si riferiscono a forme cliniche estremamente gravi e come già accennavo a casi, per quanto

PRIMA STATISTICA DI N. 26 CASI
dall'ottobre 1931 al 31 dicembre 1934.

Sede del carcinoma	Numero dei casi	Ancora viventi	Deceduti	Perduti di vista
Stomaco	21	2	18	1
Mammella	3	2	1	—
Utero	2	—	2	—

si riferisce per lo stomaco, assolutamente al di là del limite di operabilità.

Operabili ma non scarsissime probabilità di guarigione erano i casi di carcinoma della mammella.

SECONDA STATISTICA dal marzo 1932 al dic. 1934.

Questa si riferisce complessivamente a 37 casi clinici di carcinomi di vari organi: di questi, 28 casi sono di ammalati operati di asportazione ampia del tumore e di poi immediatamente trattati con lunghe cure di U.P., e 9 non operati. In 4 dei 28 casi operati il trattamento fu anzi iniziato qualche tempo prima dell'intervento chirurgico; in 1 fu iniziato 26 giorni prima, nel quale periodo furono eseguite 16 iniezioni, in 1 caso 24 giorni prima e negli altri 2 casi rispettivamente 12 ed 8 giorni prima con poche iniezioni di U.P. Ciò fu dovuto al fatto che essendo stato dilazionato l'intervento operatorio fu iniziata la cura U.P. allo scopo di ottenere con la maggiore possibile sollecitudine la reazione immunitaria specifica.

I 28 casi della statistica in parola sono così ripartiti:

N. 5 casi di carcinoma dello stomaco
» 12 » » » della mammella
» 6 » » » dell'utero
» 2 » » » della lingua
» 1 caso » » del retto
» 2 casi » » del cutaneo (faccia)

Circa l'epoca di inizio della cura o prima, od immediatamente dopo l'intervento operatorio i casi sopra riferiti possono essere così suddivisi:

3 casi nel marzo
4 » nell'aprile
4 » nel maggio
3 » nel giugno
2 » nel luglio
3 » nell'ottobre
1 caso nel dicembre
} dell'anno 1932 = Casi 20

1 caso nel gennaio
2 casi nell'aprile
1 caso nel luglio
3 casi nel settembre
} dell'anno 1933 = Casi 7

1 caso nel maggio dell'anno 1934 = Casi 1

Gli altri casi presentatisi all'osservazione dopo quest'epoca non figurano nella presente statistica perchè troppo recenti e quindi di un valore poco attendibile.

Circa l'età:

4 casi si riferiscono a soggetti dai 40 ai 50 anni
7 » » dai 50 ai 60 »
12 » » dai 60 ai 70 »
5 » » oltre i 70 anni

Il trattamento mediante iniezioni di U.P. fu fatto seguendo rigorosamente le direttive suggerite dall'Istituto Maragliano e già rese note in precedenti lavori.

Gli interventi operatori richiesti dai singoli casi furono sempre i più radicali (ampie resezioni gastro-duodenali secondo i metodi Pòlya; Finsterer; Pòlya-Hortolomei; v. Eiselsberg).

Nelle operazioni demolitrici per carcinoma dell'utero furono eseguite delle *vere* Wertheim ed in quelle per carcinoma della mammella delle amputazioni comprendenti oltre che tutta la ghiandola una estesa zona di tessuti sani limitrofi, asportazione dei muscoli pettorali fino alla gabbia toracica ed accurato svuotamento del cavo ascellare. Ampie exeresi furono sempre eseguite in tutti gli altri casi e particolare attenzione fu sempre usata nell'indagine delle stazioni linfatiche. Il caso che si riferisce al carcinoma del retto fu operato in due tempi (addominale e Kraske).

In questa statistica non figurano, naturalmente, i casi trattati in precedenza dell'intervento con U.P. e deceduti in conseguenza di questo.

Il quadro sinottico qui sotto riportato informa sui resultati ottenuti al 31 dicembre 1934 circa i 28 casi operati e di 9 casi non operati:

STATISTICA DEI 28 CASI DI CARCINOMA OPERATI
(al 31 dicembre 1934).

Sede del carcinoma	Numero dei casi	Ancora viventi	Deceduti	Perduti di vista
Stomaco	5	3	1	1
Mammella	12	11	1	—
Utero	5	2	2	1
Lingua	2	2	—	—
Retto	1	—	1	—
Cutaneo	3	3	—	—

Circa poi i casi non operati riporto la sottostante statistica nel seguente quadro sinottico.

Prima di terminare accennerò a quanto ebbi occasione di riferire anche in precedenti monografie su gli U.P. in terapia: voglio alludere all'effetto benefico immediato che nella quasi totalità dei casi anche in queste nuove

STATISTICA DEI 9 CASI NON OPERATI (al 31 dicembre 1934).

Sede del carcinoma	Numero dei casi	Ancora viventi	Deceduti	Perduti di vista
Stomaco	3	2	—	1
Mammella	3	2	1	—
Utero	3	1	2	—

statistiche ho constatato fino dalle prime iniezioni negli ammalati trattati regolarmente con iniezioni di U.P. Queste, che talune volte, sebbene raramente, furono eseguite anche endovena, apportano un immediato senso di euforia che si constata già dalla quarta-sesta iniezione. Si nota infatti ritorno di appetito, senso di calma, sonno più tranquillo ecc., stato euforico che è più o meno duraturo, col progredire della cura e che si dilegua poi solo nei casi gravissimi che volgono verso l'esito letale. In taluni casi ho potuto notare che gli ammalati stessi riconoscano un notevole miglioramento del loro stato generale senza che obbiettivamente si possa notare una qualche miglioria nel fatale decorso della forma morbosa.

Reggio Calabria, 10 gennaio 1935-XIII.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce i resultati clinici riguardanti ammalati di forme carcinomatose a carico di vari organi trattati od unicamente col U.P. (ottenuti mediante disintegrazione della molecola proteica dotati di potere antigene ed atti a determinare una reazione immunitaria specifica), ed altri trattati con U.P. dopo trattamento chirurgico.

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA DI GUERRA.

I gas di guerra.

Studio clinico delle lesioni dovute ai gas tossici. Terapia delle intossicazioni.

(MOYNIER. *Paris Méd.*, 30 marzo 1935).

Abitualmente si classificano le sostanze aggressive dette « gas di guerra » a seconda della loro azione fisiologica dominante. Si distinguono così tre grandi classi di corpi tossici utilizzati dal punto di vista militare.

1) *I tossici caustici* che reagiscono chimicamente su ogni cellula vivente e la uccidono. Questi tossici, a seconda delle loro proprietà chimiche si suddividono in due categorie:

a) tossici poco solubili nei lipoidi dei tessuti viventi e agenti rapidamente in superficie, specie sull'epitelio polmonare, detti *soffocanti* (tipo cloro, fosgene);

b) tossici solubili nei lipoidi, agenti lentamente e in profondità, detti *vescicanti* (tipo iprite).

2) *I tossici generali*, che agiscono su tutte le cellule viventi ma, che al contrario di quelli appartenenti alla classe precedente, non formano combinazioni chimiche con esse; la loro azione è reversibile, non definitiva, analoga a quella degli anestetici (tipo HCN).

3) *I tossici detti « specializzati » o irritanti*, che agiscono solo su alcune cellule, sulle terminazioni nervose, senza ucciderle nè addormentarle, ma irritandole (tipo lacrimogeni e sternutatori).

I. I SOFFOCANTI.

Si tratta di sostanze immediatamente aggressive, che, introdotte nel polmone, ne impediscono il funzionamento e possono produrre la morte per asfissia. Essi provocano stasi polmonare, edema polmonare e asistolia conseguente.

A. *Sintomatologia.* Si possono avere delle intossicazioni folgoranti, o meno rapide o benigne.

La morte può verificarsi brutalmente nei combattenti sorpresi da una forte concentrazione di tossico senza mezzi di protezione. Il più spesso si produce un edema polmonare acuto e massivo, donde cianosi, dispnea, espettorazione di grandi quantità di liquido spumoso e morte rapida.

Nelle forme gravi ma non folgoranti si possono distinguere tre fasi, una fase di aggressione, una di remissione e un periodo di stato nel quale possono intervenire complicanze che decidono della prognosi.

Il sintomo iniziale è una sensazione subiettiva di arresto respiratorio accompagnato da costrizione faringea e toracica, stato d'ango-

scia, debolezza muscolare estrema. Con il ristabilirsi dei primi movimenti respiratori appare una tosse violenta, spasmodica, incoercibile.

Se l'azione del tossico cessa, o per allontanamento della nuvola o perchè il soggetto ha potuto mettere la maschera, la dispnea scompare, la tosse si calma progressivamente. È la fase di remissione, fase ingannatrice che può far credere alla guarigione completa. Questo periodo può essere corto ma può durare anche 24-48 ore; il polmone parzialmente leso basta ai bisogni di un'ematosi ridotta; ma può intervenire l'edema polmonare acuto sotto l'influenza di un accresciuto bisogno di ossigeno imposto da un esercizio muscolare, dalla digestione o soltanto dall'esposizione al freddo.

Dopo la prima fase di soffocazione e la seconda di remissione più o meno corta sopravvengono, se non è intervenuta una terapia adatta, gli accidenti del periodo di stato. Si ha angoscia, cianosi, dispnea, espansione respiratoria ridotta, ottusità alle basi toraciche con segni di edema polmonare, espettorato sieroso, spumoso e tinto di sangue, segni di asistolia, frequentemente nefrite tossica leggera, astenia profonda, torpore mentale con cefalea. Se i sintomi si accentuano si va verso l'esito letale rapidamente.

Se una terapia adatta ha permesso al soggetto di resistere all'attacco di edema polmonare acuto, una parte del liquido dell'edema si riassorbe, i polmoni ricominciano a respirare e all'ascoltazione si possono differenziare segni di congestione, di bronchite e di enfisema, mascherati finora dalla sintomatologia dell'edema.

Da questo momento la complicazione da temere è la broncopolmonite o la polmonite, che sono responsabili di tutte le morti che intervengono a partire dal terzo giorno di malattia. Se l'infezione secondaria non si manifesta, si va lentamente verso la guarigione. Ma la convalescenza è lunga, l'astenia persiste, al minimo sforzo riappare la dispnea ed il polso si accelera.

Nelle forme leggere, dopo una fase di irritazione, l'intossicazione si manifesta solo con l'astenia, con qualche vertigine, disfagia, dolori nella regione retro-sternale e un po' di tosse. Si constata qualche segno di bronchite e un rallentamento talora estremo del polso. In pochi giorni tutto scompare.

Le sequele morbose possono essere benigne (facili esacerbazioni della tracheo-bronchite) o gravi (bronchite cronica con enfisema, sclerosi bronco-polmonare diffusa, bronchiettasia).

Terapia. Comprenderà tre generi di provvedimenti corrispondenti alle tre fasi descritte.

Sarebbe desiderabile instituire innanzi tutto una terapia causale, tendente a neutralizzare, con antidoti appropriati i corpi aggressivi, ma l'azione quasi istantanea del tossico non permette questa neutralizzazione. Ogni inalazione neutralizzante è senza efficacia e può essere dannosa. Praticamente bisogna contentarsi di evitare ogni aggressione nuova, portando il colpito all'aria pura o adattandogli una maschera. Se il soggetto ha ricevuto un getto liquido sugli abiti o se è stato sottoposto ad una forte concentrazione gassosa, bisogna spogliarlo per evitare lo sviluppo lento di tossico.

La fase di remissione, di pre-edema, consente una terapia veramente efficace. Bisogna impedire lo squilibrio fra le possibilità di respirazione del polmone leso e i bisogni dell'organismo. Occorre dunque: *a*) diminuire la quantità di ossigeno necessaria all'organismo; *b*) diminuire gli ostacoli respiratori e circolatori; *c*) aumentare la quantità di ossigeno messa a disposizione dell'organismo.

Primo provvedimento è dunque l'immobilizzazione del soggetto, anche se non presenta alcun sintomo obiettivo e se dichiara di sentirsi bene. L'immobilizzazione deve essere assoluta e non deve essere sospesa per nessun motivo. Se la dispnea e la soffocazione sono intense si dà una perla di etere ogni 10 minuti. Bisogna inoltre sforzarsi di riscaldare il malato e di metterlo in un ambiente calmo. Per almeno 24 ore è indicata la dieta assoluta per evitare il consumo di ossigeno richiesto dalla digestione. Si darà solo qualche cucchiaiata di caffè o di tè leggero. A partire dal secondo giorno si potrà cominciare un'alimentazione liquida molto prudente.

I mezzi preconizzati per prevenire lo sviluppo ulteriore dell'edema (calcio, atofan, soluzioni ipertoniche endovenose) sono poco efficaci. L'ipeca può essere utile ma deve essere usata solo quando il cuore sia integro e non manifesti alcun segno di stanchezza.

Per diminuire gli ostacoli respiratori e circolatori il mezzo classico è il salasso, che è di regola assoluta in tutti i soffocati. Esso deve essere abbondante (500-700 cc.) e precoce. Praticando prima del salasso una iniezione di 25 centig. di caffeina, il sangue sgorga più facilmente. Il salasso non dovrà essere eseguito con un trequarti (la quantità di sangue con tal mezzo risulta insufficiente) ma con l'incisione longitudinale della vena. La sezione trasversale della vena dà cattivi risultati.

Se non è possibile ottenere almeno 500 cc. di sangue, si applicheranno delle ventose scarificate al dorso. Se poi la flebotomia è veramente insufficiente, non bisogna esitare a praticare un salasso arterioso, sezionando l'arteria radiale.

Subito dopo il salasso si constata un miglioramento subiettivo e obiettivo dell'intossicato.

Ma il salasso non deve essere solo abbondante e precoce, esso deve essere ripetuto. Nei casi con grave dispnea potrà essere indicato ripeterlo tre volte nelle 24 ore, qualche volta per due giorni consecutivi. I salassi ulteriori,

meno abbondanti, non oltrepasseranno i 150-200 cc. di sangue.

In tutti gli intossicati soffocanti bisogna lottare contro l'asfissia con la somministrazione di ossigeno. Ma i mezzi abituali sono insufficienti. Occorre utilizzare delle maschere inalatorie speciali. Non disponendo della maschera si può fare inalare l'ossigeno a mezzo di un tubo di gomma, del genere sonda, che si fa penetrare in una narice dopo averla spalmata di olio gomenolato.

L'ossigeno deve essere somministrato senza pressione per evitare la produzione possibile di enfisema polmonare o mediastinico. È utile riscaldarlo e caricarlo di umidità facendolo prima gorgogliare in acqua calda; l'aggiunta a quest'acqua di mentolo produrrà un effetto antisettico e calmante della dispnea.

L'ossigenoterapia migliora ancora i buoni risultati constatati dopo il salasso. L'ideale sarebbe di far durare le inalazioni per tutto il periodo critico, due o tre giorni, ma nei casi di intossicazione in massa gli approvvigionamenti di ossigeno non permettono ciò; bisogna contentarsi di ottenere la scomparsa della cianosi. L'ossigenazione sarà ripresa se la cianosi riappare.

Nel periodo di stato bisognerà lottare contro la debolezza cardiaca e l'infezione secondaria. Il cuore sarà sostenuto con i tonicardiaci abituali, di preferenza con la canfora solubile. L'ambiente sarà riscaldato, umido, carico di vapori antisettici (mentolo, eucalipto). Si instillerà olio gomenolato nelle narici, si disinfetterà la bocca e il faringe con soluzioni antisettiche. Si eviterà il contatto con altri malati infettivi, specie delle vie respiratorie. Saranno utili i bagni alla temperatura dell'ambiente, i diuretici mercuriali, i calmanti respiratori. L'acidosi, di regola nelle asfissie, sarà combattuta con il bicarbonato di sodio. Contro l'agitazione non sono da usare morfina e cloralio, a causa dei loro effetti circolatori nocivi; si potranno utilizzare il sedobrol, l'allonal, il veronal.

In conclusione: riposo, salasso, ossigenoterapia, tonicardiaci.

La convalescenza deve essere sorvegliata. Lunga cura di riposo, esercizi respiratori, inibizione del tabacco, digitale a dosi deboli per molto tempo, nutrizione corroborante,

È questo tutto quanto si può fare per i soffocati. Ma bisogna anche aver presente *ciò che non si deve fare negli intossicati da gas soffocanti* e cioè: dare medicamenti inutili o dannosi, come l'adrenalina, stancare il malato, praticare la respirazione artificiale, dare del CO_2 mescolato all'ossigeno.

II. I VESCICANTI.

A questa categoria appartengono l'iprite e le arsine vescicanti.

A. *Iprite.* È un tossico caustico, solubile nei grassi e nei lipoidi, che penetra nei tessuti e li attacca profondamente. La sua azione è irreversibile. Essa agisce su tutti i tessuti di rivestimento ed in particolare sui tegumenti e sulle vie respiratorie. Due caratteri differenziano la sua azione: la permanenza e l'insidiosità. Il suolo e gli oggetti contaminati restano impregnati per lungo tempo. La sua azione non si accompagna all'inizio ad alcuna sensazione penosa e la sua distruzione è lenta. Non è irritante e può essere inalata senza provocare riflessi di difesa delle prime vie. Non ha alcuna azione lacrimogena. I vestiti ordinarii sono traversati dall'iprite; solo i tessuti impermeabili possono offrire una protezione.

Sintomatologia. I disturbi si sviluppano insidiosamente dopo un periodo di latenza di parecchie ore. Il tossico ha un'azione locale ed un'azione generale. I primi sintomi sono generalmente rappresentati da nausee, vomiti; dopo alcune ore compaiono i primi segni di vescicazione agli occhi e alla cute. Il secondo giorno compaiono disfagia, raucedine e progressivamente le lesioni tracheo-polmonari. Il tubo digestivo partecipa alla sindrome e lo stato generale è sempre interessato.

A carico degli occhi, già 3-4 ore dopo l'esposizione ai vapori di iprite, si constata un edema accentuato dei tessuti perioculari e un blefarospasmo intenso, che ostacola l'apertura delle palpebre. La congiuntiva è edematosa e chemotica. Se il soggetto è stato contaminato durante la veglia, si vedono due triangoli vascolari con apice all'angolo dell'occhio e base presso l'iride. Se al contrario la contaminazione è avvenuta durante il sonno, la regione iniettata ha sede nella parte inferiore del globo oculare. Dopo esposizione a forti concentrazioni la cornea può presentare un aspetto leggermente opalescente. La proiezione di una gocciola di iprite rende la cornea assolutamente opaca. A questi sintomi si accompagna lagrimazione e fotofobia.

Dopo alcune ore si ha scolo siero-purulento ed il naso presenta rinite, al bordo palpebrale appaiono delle piccole flittene. A partire da questo momento delle concrezioni disseccate agglutinano le ciglia e tendono a saldare le palpebre.

Il secondo giorno l'edema comincia a diminuire. La palpebra superiore si increspa specie verso l'angolo interno, l'inferiore presenta ectropion. Le ciglia cadono più o meno completamente. Questo stato persiste una quindicina di giorni, poi tutto migliora e si ha la guarigione in generale completa.

Nei casi gravi può residuare una blefaro-congiuntivite cronica e qualche macchia corneale. La perforazione corneale con panoftalmia è rara.

È importante sapere che la congiuntiva resta molto delicata rispetto ad ogni agente irritante. La fotofobia, specialmente, persiste per dei mesi.

L'insieme dei tegumenti è sensibile all'iprite. Solo il palmo delle mani e la pianta dei piedi sono abitualmente indenni. Il cuoio capelluto è raramente interessato. Le regioni in cui la pelle è più fine e più ricca di ghiandole (pliche di flessione, organi genitali, regione perineale) presentano una sensibilità particolare. Le lesioni sono di solito più gravi durante l'estate. Gli individui biondi sono più sensibili dei bruni.

Se l'iprite è sotto forma di vapori, i primi sintomi compaiono tardivamente: da sei a dodici ore dopo il contatto. Se è depositata sull'epidermide sotto forma di liquido, i sintomi appaiono più rapidamente: da tre a sette ore dopo il contatto.

Gli accidenti cutanei consistono in eritema e flittene. Il primo sintomo a comparire è sempre l'eritema. La superficie affetta è uniformemente rossa e sollevata rispetto alla pelle sana; i bordi non sono netti ma a carta geografica. Alla pressione l'arrossamento scompare per qualche istante. La pelle è dolorosa al contatto.

A partire dal secondo giorno l'eritema si fa rameico poi brunastro ed esita in una pigmentazione nerastra. Questo periodo acuto termina con una desquamazione furfuracea. La pigmentazione dura fino ad esfoliazione completa dell'epidermide.

Se l'aggressione è stata severa all'eritema possono succedere le flittene. Queste possono comparire anche dopo un'aggressione leggera se le regioni esposte hanno la pelle più fine, particolarmente nella regione genitale.

La comparsa delle vesciche ha luogo in generale da 20 a 30 ore dopo il contatto con il tossico. La produzione delle flittene è nettamente favorita dalle frizioni, dalla compressione dei tegumenti. Le flittene si raggruppano, diventano sempre più numerose e, il secondo giorno, finiscono per confluire in una sola flittena. Il liquido è giallo chiaro; se non si infetta, non si intorbida. La limpidità persistente di questo liquido è uno degli elementi che permettono di differenziare le azioni cutanee dell'iprite da quelle delle arsine, che danno luogo alla formazione di un liquido torbido, ricco di leucociti.

Se la vescica non si rompe, al quarto giorno comincia il riassorbimento della sierosità; la cicatrizzazione è rapida sotto il rivestimento protettore. Tale evoluzione asettica non lascia cicatrice definitiva.

Quando la flittena si infetta, si forma una piaga torpida che guarisce lentamente, che può complicarsi con foruncolosi o eczematizzazione e guarisce lasciando una cicatrice depressa, bianco-rosea al centro, più rossa ai bordi, con atrofia del derma e alopecia.

Le lesioni respiratorie, nelle forme lievi, interessano essenzialmente il laringe, sensibilissimo all'iprite. Abitualmente due o tre ore dopo il contatto, il soggetto si lagna di bruciore alla gola, presenta tosse secca e raucedine che porta progressivamente all'afonia. La guarigione è rapida ma lascia una particolare sensibilità laringea ad ogni irritazione.

Nelle forme gravi, ai sintomi descritti si aggiungono rinite bilaterale che prende rapidamente l'aspetto difterico, la tosse è penosa, l'infermo respira con pena, ha crisi di soffocazione ed emette con la tosse lembi di mucosa, a causa della necrosi profonda di tutto l'albero bronchiale. Qualche volta si ha la morte per otturazione della trachea o di un grosso bronco.

Successivamente si manifestano i segni della congestione e poi dell'edema, poi della broncopolmonite complicante. L'ascesso o la gangrena polmonare chiudono spesso questa evoluzione.

A carico dell'apparato digerente si possono notare dolore all'epigastrio, vomito, diarrea abbondante, spesso con feci ematiche. L'anoressia è di regola anche nelle forme leggere e dura a lungo.

A carico dei reni si ha albuminuria prolungata, con cilindruria.

Costante è l'astenia con tendenza al sonno e la febbre. Il polso è rapido e non si rallenta dopo un giorno o due come nell'intossicazione da soffocanti. Il dimagramento si osserva sempre, precoce, intenso e prolungato.

Terapia. Comporta delle misure profilattiche, tenendo conto che fino a quando non si è operata la disimpregnazione tossica del soggetto questo è dannoso per quelli che lo circondano, e delle misure curative.

Le misure preventive sono le più importanti, perchè dalla loro applicazione corretta e sopratutto dalla loro precocità dipende l'evoluzione ulteriore dalla malattia. Le misure di neutralizzazione dei tessuti viventi, perchè risultino efficaci, devono essere eseguite meno di dieci minuti dopo il contatto. L'ideale sarebbe di potere disinfettare il soggetto, i suoi vestiti ed il suo equipaggiamento.

Se tracce di liquido sono visibili sulla pelle si asciugano senza strofinare con carta bibula o con cotone idrofilo. Sulle mani, il collo, ecc. si fanno delle frizioni con cloruro di calcio rigorosamente secco. Nelle regioni dove la pelle è più fine si fa un lavaggio con acqua calda e sapone, poi si sciacqua con acqua bicarbonata. Dopo la disinfezione al cloruro di calcio si dà una doccia calda con insaponatura abbondante senza frizionare.

Gli occhi saranno lavati abbondantemente con soluzione di permarganato di potassio al 0.5 ‰ in siero artificiale. In difetto di permarganato si può utilizzare una soluzione di bicarbonato di sodio al 22.5 ‰.

Gargarismi e lavaggi della bocca con acqua bicarbonata e ingestione di acqua bicarbonata per prevenire i disturbi digestivi (un cucchiaio da caffè di bicarbonato di sodio in un bicchiere).

Bisogna evitare le unzioni di sostanze grasse che fissano l'iprite, gli impacchi umidi. Non mettere il cloruro di calcio in polvere sulla congiuntiva.

Quanto ai provvedimenti curativi bisognerà mettere il paziente nella penombra ed evitare la saldatura delle palpebre, con i lavaggi di soluzione di permarganato al 0.5 ‰. Contro il dolore violento sarà utile instillare due volte al giorno una goccia di soluzione cocaina-adrenalina. Sulle palpebre si potrà applicare una pasta della seguente composizione: talco, carbonato di calcio, acqua di calce, glicerina a 30° — parti uguali.

Contro l'eritema si potrà usare la stessa pasta o, in caso di dolori insopportabili, la pomata alla percaina. Evitare le frizioni e le pressioni.

Lasciare le flittene intatte, se possibile, per evitare l'infezione secondaria. Se la flittena si infetta, lavaggi con acqua ossigenata poi medicatura leggermente grassa. L'elioterapia e il calore secco attivano la guarigione. Sulla verga e le borse, per diminuire l'edema, medicatura umida, calda, per un'ora, poi polveri.

Controindicazioni: pomate composte, acido picrico, impiego di polveri nelle flittene aperte.

Contro gli accidenti respiratori: calmanti della tosse, instillazioni di olio gomenolato, inalazioni antisettiche. Cura delle complicazioni con i mezzi abituali.

Contro i dolori gastrici, bicarbonato di sodio (un cucchiaino da caffè per un bicchiere d'acqua) ogni ora.

Il bicarbonato di sodio migliora anche lo stato generale e calma l'agitazione nervosa.

B. *Le arsine vescicanti.* Provocano, come l'iprite, lesioni oculari, cutanee e respiratorie e sintomi di intossicazione generale. Queste lesioni hanno per caratteristica dominante l'afflusso leucocitario massivo, esuberante; tutte queste alterazioni tissulari sono purulente dall'inizio.

La guarigione delle lesioni locali è più lunga che con l'iprite e le sequele sono più accentuate. depilazione definitiva del bordo palpebrale, ectropion, macchie corneali definitive.

Il dolore nelle alterazioni cutanee è più precoce che con l'iprite. L'eritema assume un carattere emorragico, le flittene sono torbide, contenendo un liquido ricco di leucociti. È difficile conservare intatta la parete della flittena: l'epidermide, sollevata dal pus, mortificata, si distacca e lascia a nudo l'ulcerazione. Lo strato germinativo è sempre interessato; la guarigione si fa spesso con cicatrici aderenti.

Mentre l'inalazione di iprite è assolutamente insidiosa, le arsine provocano una sensazione di bruciore al naso, al faringe ed alla trachea, con tosse e salivazione. Se la concentrazione è sufficiente, si può produrre un edema polmonare rapido, senza periodo di latenza, meno abbondante però che con i soffocanti. Abitualmente dominano la scena i segni della necrosi tissulare, poi l'invasione leucocitaria si traduce con l'espettorazione di grandi quantità di pus, talora vere vomiche. Su questi sintomi si agganciano quelli complicativi.

I segni generali sono costanti (sonnolenza, vomiti, diarrea giallastra o coleriforme, albuminuria, cilindruria, sintomi nervosi periferici).

Terapia. Dal punto di vista profilattico bisogna, come per l'intossicazione da iprite, considerare i soggetti come contagiosi fino a quando non siano state compiute le misure di disinfezione del malato, dei suoi vestiti e del suo equipaggiamento. Il principio-guida della disinfezione è di cercare di ossidare l'arsina, trasformando il composto arsenicale trivalente in composto pentavalente, meno aggressivo. Si realizzerà dunque la pulizia della pelle con soluzione di permarganato al 2 ‰, con acqua di Javel, con acqua ossigenata o con soluzione jodo-jodurata al 5 %, preparata estemporaneamente. Queste lozioni saranno seguite da lavaggi abbondanti con acqua saponata tiepida. L'unguento al perossido di ferro, spesso preconizzato, è inefficace.

Per gli occhi, lavaggi abbondanti di soluzione al 0.5 ‰ di permarganato e con soluzione al 22.5 ‰ di bicarbonato di sodio.

Per la bocca, il faringe, il naso lavaggi e gargarismi con acqua bicarbonata o con permarganato al 0.5 ‰.

Per il tubo digestivo, dare 5 cucchiai da zuppa ogni ora del miscuglio seguente: magnesia un cucchiaio da zuppa, latte 4 cucchiai da zuppa, acqua bollita q. b. per mezzo litro.

Le controindicazioni sono le stesse che per il trattamento degli intossicati da iprite.

Le misure curative sono le stesse che per l'intossicazione da iprite. Per gli accidenti polmonari, in caso di dispnea e di cianosi, inalazioni di ossigeno. Non respirazione artificiale nè inalazioni di CO_2. Contro gli accidenti da intossicazione generale continuare la somministrazione di magnesia. Rispettare la diarrea. Tonicardiaci e stimolanti. Stricnina contro i disturbi nervosi delle estremità.

III. I TOSSICI GENERALI.

I tossici generali non determinano localmente alcuna lesione della pelle e delle mucose. La superficie respiratoria serve loro solo da porta d'entrata. Esse penetrano nel sangue e rendono i mezzi interni impropri alla vita impedendo a certe azioni chimiche di compiersi. Due corpi sono particolarmente da considerare: l'acido cianidrico e l'ossido di carbonio.

A. *Acido cianidrico.* Per azione dell'acido cianidrico i tessuti perdono l'attitudine a fissare l'ossigeno. L'azione è tanto più rapida e violenta quanto più l'organismo intossicato è

differenziato. Nell'uomo il sistema nervoso è preso per primo: dopo un corto periodo di eccitazione, i pneumogastrici e i centri respiratori sono paralizzati.

Sintomatologia. Si distinguono abitualmente tre forme di intossicazione da acido cianidrico: la forma apoplettica o folgorante, le forme gravi e le forme benigne.

Nella prima forma il soggetto cade a terra, in preda a una grande crisi. In meno di tre minuti circa l'intossicato muore.

Nelle intossicazioni meno rapide, che sono di regola quando l'acido cianidrico è utilizzato come gas di guerra, si possono distinguere tre fasi: un periodo di eccitazione, in cui respirazione e battiti cardiaci sono accelerati, il soggetto, con le pupille dilatate, in preda a vertigini, vomita, rovescia la testa indietro e cade; un periodo dispnoico convulsivo e un periodo di asfissia con paralisi motrice e coma.

Nelle forme benigne, il soggetto cade a terra, poi la coscienza progressivamente riappare. Il malato, che si lagna di una cefalea orribile, conserva un aspetto vertiginoso per parecchie ore. La guarigione è generalmente completa.

Trattamento. L'indicazione essenziale, come d'altronde con tutti i corpi aggressivi, è di trarre al più presto l'intossicato dall'atmosfera tossica. Immobilizzazione assoluta. Se l'attacco è sincopale mantenere o ristabilire la funzione respiratoria con la respirazione artificiale. Questa pratica potrà essere utilmente completata dall'inalazione di ossigeno al quale si potrà aggiungere del gas carbonico nella proporzione di 4-5 %. Contemporaneamente si stimola la circolazione ed i riflessi nervosi con aspersioni di acqua fredda sulla nuca, con iniezioni di etere o di caffeina.

Non bisogna perdere di vista la possibilità che l'intossicato possa avere inalato, insieme all'acido cianidrico, un corpo del gruppo dei soffocanti: bisogna dunque sorvegliare ed essere pronti a instituire il trattamento speciale se, qualche tempo dopo la rianimazione, compare cianosi e dispnea.

Le medicazioni speciali preconizzate contro l'acido cianidrico (diossiacetone, iposolfito di sodio, ecc.) non danno risultati costantemente favorevoli.

B. *L'ossido di carbonio* non è stato adoperato come gas di guerra, ma i soldati possono essere esposti alla intossicazione del gas sviluppato dagli esplosivi specie nitrici che ne liberano notevoli quantità.

La sintomatologia dell'intossicazione da ossido di carbonio è troppo nota perchè sia necessario ricordarla e così la terapia.

IV. I TOSSICI IRRITANTI.

Sono corpi aggressivi che hanno la proprietà di eccitare le estremità dei nervi sensitivi. Questa eccitazione determina immediatamente dei fenomeni dolorosi e dei riflessi. Essa non provoca lesioni anatomiche definitive. La soglia d'azione di queste sostanze è molto bassa e la loro concentrazione utile è dell'ordine di quelle che provocano le sensazioni olfattive o gustative.

I corpi irritanti possono influenzare sia i nervi della congiuntiva (tossici lagrimogeni) sia i nervi delle vie respiratorie (irritanti respiratori, sternutatori, tossigeni).

A. *Lagrimogeni.* A forti concentrazioni certi lagrimogeni possono divenire soffocanti. Il primo sintomo è il bruciore dei bordi palpebrali. La comparsa delle lagrime aumenta il dolore quando l'aggressione è dovuta al bromuro di benzile, lo calma quando è in causa la cloropicrina. A questi sintomi oculari si aggiunge il vomito quando è inalata la cloropicrina. I disturbi cessano rapidamente appena il soggetto esce dalla zona aggressiva. La terapia consisterà nei lavaggi tiepidi al bicarbonato di sodio al 22‰ o al siero fisiologico isotonico al 14‰. Nei soggetti molto sensibili una goccia di collirio cocaina-adrenalina.

Nei soggetti aggrediti dalla cloropicrina (che a forte concentrazione è soffocante) regolarsi come per i soffocanti.

Non bisogna usare pomate, che fissano i lagrimogeni.

B. *Irritanti respiratori.* Si tratta di arsine disperse in fini particelle dall'esplosione di proiettili. Queste fini particelle traversano le maschere ordinarie e obbligano i soggetti a ritirare la maschera, subendo così l'effetto dei tossici soffocanti emessi dai proiettili contemporaneamente.

Gli irritanti respiratori eccitano le terminazioni nervose dell'albero respiratorio senza causare lesioni gravi. Questa irritazione determina: una sensazione dolorosa di bruciore al faringe e alla trachea, sternuti e tosse, scolo nasale e salivare. Questi fenomeni sono immediati per concentrazioni debolissime.

L'azione irritante è fortunatamente fugace. La tosse persiste per lungo tempo.

Bisogna sapere che le particelle di arsine impregnano i vestiti e possono determinare nuove crisi appena un movimento le fa passare di nuovo nell'aria.

Il soggiorno prolungato nella nuvola a forte concentrazione può essere seguìto da congestione polmonare e anche da edema.

Gli alimenti entrati in contatto con i derivati arsenicali sono inutilizzabili, anche l'acqua dopo l'ebollizione.

I sintomi di irritazione sono calmati molto rapidamente dall'inalazione del miscuglio seguente, impregnando una compressa o il fazzoletto: alcool 80 %, etere e cloroformio ana 10 %, ammoniaca 5 gocce. La prima inalazione dà l'impressione di una esacerbazione dei

sintomi; le inalazioni seguenti fanno sparire ogni sensazione penosa.

Dopo inalazioni di forti concentrazioni di arsine irritanti, si somministrerà a varie riprese alcuni cucchiai da zuppa del miscuglio seguente: magnesia 1 cucchiaio da zuppa, latte 4 cucchiai da zuppa, acqua bollita q. b. per mezzo litro.

Se forti concentrazioni sono state inalate, trattamento classico dei soffocati.

C. TOSCANO.

TISIOLOGIA.

Efficienza e limiti dell'ascoltazione nella tubercolosi polmonare.

(E. DEBENEDETTI. *Minerva Medica*, 20 gennaio 1935).

L'avvento della radiologia ha dimostrato che la abituale semeiotica aveva offerto una visione incompleta della tbc. polmonare, in quanto che i nostri sensi non sono capaci di avvertire le lesioni nella loro integrità. Vi sono delle lesioni tubercolari del polmone mute o quasi: una di esse è la tbc. miliare e così pure la più parte delle infiltrazioni di prima infezione e vi sono anche delle infiltrazioni post-primarie a tipo di epitubercolosi e di disseminazione blanda che provocano al massimo modificazioni del murmure e scarsi rantoli crepitanti.

L'infiltrato precoce e la lobite sono in genere muti per un lungo periodo della loro evoluzione. Ma anche tra le forme di tubercolosi conclamata, si riscontrano casi che possono passare inosservati anche ad un orecchio esperto. L'ascoltazione è in genere deficiente qualitativamente, nel senso che non è capace di fornire con sicurezza nozioni circa la costituzione anatomica delle lesioni. Non è raro il caso in cui la ascoltazione ha mancato di segnalare estese infiltrazioni pneumoniche; perfino le caverne, in una buona percentuale sono mute.

L'A. si domanda quindi per quali motivi l'ascoltazione è così deficiente ed il suo reperto è così lontano da quello radiologico e più ancora da quello anatomico. È la nostra imperfetta conoscenza della fisica e della fisiopatologia che ci impedisce di apprezzare nella giusta misura e di interpretare nei giusti dettagli tutto l'insieme di rumori che si odono su di un torace respirante. A spiegare come lesioni anche gravi possano essere mute sono state formulate alcune leggi: quella della profondità massima che spiega come alcune zone del polmone sono inaccessibili; quella del volume minimo, per cui se una lesione non raggiunge un certo minimo di dimensioni non dà luogo a segni ascoltatori; quella della trasmissione dei suoni e quella del coefficiente personale.

Ma vi sono alcune circostanze che contribuiscono a rendere poco significativa l'ascoltazione: le lesioni laringee, gli ispessimenti pleurici, le retrazioni, le sclerosi gravi, l'enfisema, i versamenti. La costituzione stessa anatomica delle lesioni infine, non è sempre adatta a provocare modificazioni del respiro e rumori accessorii evidenti. Ma nonostante le severe critiche mosse, l'ascoltazione resta pur sempre un mezzo di indagine solido e fedele, purchè venga inquadrata nell'esame clinico completo e purchè ad essa non si domandi più di quanto essa può dare.

VICENTINI.

Il trattamento delle adenopatie cervicali tubercolose.

(VOLQUENNE e F. JONCKHEERE. *Le Scalpel*, 27 aprile 1935).

L'adenite cervicale tubercolare è un'affezione banale e frequente, ma non sembra che le cure per essa indicate siano tutte unanimamente ammesse e nemmeno solidamente stabilite, sicchè il trattamento viene spesso scelto come a caso, senza convinzione logica.

L'adenite cervicale tubercolare può essere mono- e poli-ghiandolare; quest'ultima forma può presentarsi come *poliadenite tubercolare* e come linfoma tubercolare. La prima è la più frequente. I gangli, dapprima mobili, si fissano per un processo di periadenite ed, in seguito, si rammolliscono e possono fistolizzarsi. La micropoliadenite cervicale non è che la localizzazione di un'entità morbosa, la micropoliadenite generalizzata. Più raro è il *linfoma tubercolare*, che generalmente non passa a suppurazione.

Gli AA. passano in rivista i vari modi di trattamento.

I. METODI BIOLOGICI.

Si tratta di una tossino-terapia, che utilizza i bacilli di Koch od i loro prodotti. È utilizzabile soltanto se il paziente si trova in grado di reagire; è controindicata in caso di tubercolosi attiva e di emottisi.

Fra i *prodotti utilizzanti i bacilli intieri*, gli AA. fanno menzione dei seguenti: 1) *Estratto bac. di Joussel* (lipoproteico). Dà reazioni violente, sia generali (febbre anche a 40°, nausea, dispnea) e locali, senza formazione di ascesso al punto di iniezione. È indicato nelle forme flussionarie ed infiammatorie. Dose iniziale 0,25-0,50; in tutto 4 iniezioni sottocutanee a 3-4 giorni d'intervallo. Risultato: assorbimento od eliminazione delle lesioni (fluttuazione in 2-3 giorni delle adeniti in via di rammollimento). 2) *Paratubercolina del bacillo di Johne*, proveniente dal bac. paratubercolare dei bovini. Azione simile al precedente, ma meno brutale. Ogni 3-4 giorni, 1 cmc. per iniezione sottocute od endodermica; 4-8 inie-

zioni ricominciando eventualmente un mese dopo. Si dice che dà l'80 % di guarigioni, associandovi eventualmente il drenaggio filiforme.

Ai *prodotti utilizzanti i bacilli sgrassati* appartengono: 1) la *collobacillina di Grimberg* (bacilli triturati con limatura di ferro, sottoposta al funzionamento alternativo di un'elettrocalamita). Iniezioni a dosi crescenti, incominciando da una che contiene 0,00025 di collobacillina (corrispondente a 0,0001 di tubercolina). In alcuni, si forma un ascesso al punto di iniezione che, inciso e drenato, guarisce rapidamente. Guarigioni cliniche 60-65%, miglioramenti 20-25 %. Diffidare nei casi di emottisi. 2) *L'emulsione di Vaudremer* consta di 8 stipiti di B. di Koch umani virulenti, con uno stipite di bovino. Si macera in una coltura filtrata di Aspergillus fumigatus e, dopo un mese di termostato a 38°, la tubercolina è del tutto scomparsa; i bacilli sono allora triturati e se ne fanno iniezioni. 3) *Antigene metilico di Boquet e Nègre*. Estratto metilico dei lipoidi fosforati di bacilli umani e bovini uccisi e seccati, dopo sgrassamento all'acetone; filtrazione per eliminare le proteine insolubili nell'alcool metilico. Si incomincia con piccole dosi, che si vengono aumentando; si può continuare a lungo anche per anni. Metodo quasi del tutto innocuo nelle tubercolosi esterne; reazione generale minima; localmente, si può avere una placca edematosa dolente. Si ha il 72 % di guarigioni, 13 % di miglioramenti e 15 % di insuccessi; nelle adeniti non suppurate antiche, soltanto il 50 % di miglioramenti. Controindicato nella tubercolosi polmonare.

Ai trattamenti biologici, appartiene anche l'*opoterapia splenica*, col metodo di Bayle, che utilizza un estratto totale di milza, somministrato per iniezioni o per via orale.

II. METODI ATTINOTERAPICI.

I *raggi X* sono essenzialmente indicati nelle adeniti molto dure e negli ascessi freddi fistolizzati; è inutile applicarli sui noduli elastici od in quelli a fluttuazione progressiva. Si coadiuverà l'azione con le cure generali (alimentazione, igiene, olio di fegato di merluzzo, disinfezione naso-faringea ed orale) e locali (puntura, incisione, raschiamento, talora anche exeresi).

I *raggi ultravioletti* agiscono essenzialmente sullo stato generale; nei casi normali, la temperatura diminuisce leggermente subito dopo l'irradiazione ed aumenta di 1-2 decimi, un'ora dopo. Se si ha invece una reazione inversa, il malato va sorvegliato. Sono indicati nelle forme con periadenite e negli ascessi freddi estesi e fistolizzati; poco efficaci nei gangli duri e ben delimitati. È bene associarvi i raggi X ed il cloruro di calcio.

La *lampada ad arco* sembra, da sola, sufficiente per le varie forme. Presenta poco pericolo; il trattamento è breve (1-2 mesi) e può essere applicato tutti i giorni. Dausset segnala su 30 casi, 1 insuccesso ed un successo parziale. Va bene anche per le micropoliadenopatie, che resistono ad altri trattamenti.

La *curieterapia* ha dato risultati interessanti: regressione dei gangli indurati, liquefazione degli altri; se vi è formazione di ascesso, incidere e trattare.

L'*attinoterapia indiretta*, sotto forma di ergosterol irradiato, è un eccellente coadiuvante: V gocce della soluzione a 1/100, 2 volte al giorno.

III. METODI CHIMICI.

1) *Formula di Pitulesco*: consta di soluzione da formol a 2,25-1 %. Nei gangli rammolliti e non aperti, si iniettano 2-10 cmc. della soluzione a 1 %, estraendola dopo 5 minuti. Medicazione compressiva; ripetere ogni 3-4 giorni per 2-3 volte. Più che l'azione del formol, entrerebbe in azione l'eccitazione del connettivo.

2) *Cinnamato di benzile*. Iniezioni non dolorose e senza reazione nè locale, nè generale. Regressione della periadenite e formazione di fibrosi o di rammollimento ed eliminazione. Si usa l'etere benzil-cinnamico, da solo od associato alla colesterina ed alla canfora.

3) *Terre rare*. Il solfato di didimio (2-5 cmc. della soluzione al 2 %) provoca leucocitosi (mononucleosi) intensa e duratura. Per le reazioni locali e generali, è controindicato negli individui febbrili od a lesioni muliple; risponde bene essenzialmente nelle lesioni fistolizzate.

4) *Crisoterapia*. Consigliata essenzialmente nelle forme necrotiche suppurate e nelle caverne ganglionari. Si consiglia di raggiungere rapidamente le alte dosi.

4) *Metodo di Calot*. Se, alla puntura, il contenuto è fluido, si inietta il liquido di Calot (jodoformio 10, guaiacolo 1, creosoto 5, olio 70, etere 30); se invece, con la siringa si estraggono dei grumi, usare il naftol canforato (2 in 12 di glicerina). Se la puntura non dà nulla, usare la miscela fondente dei tubercolomi duri (fenol solforicinato, essenza di trementina, naftol canforato, fenol canforato, ana gocce VIII), da iniettarsi al centro del tubercoloma; la fluttuazione si sente dopo 3-4 giorni. Nei tragitti fistolizzati, usare la pasta di Calot (jodoformio 10, guaiacolo 8, fenolo 3, naftol canforato 3, lanolina 100). Se le lesioni sono ulcerate e si estendono in superficie, usare la polvere: aristol 4, sottonitrato di bismuto 10, chinina grigia polv. 30, bensoino del Siam 30, carbonato di magnesio 30, eucal. 3. I risultati dipendono dalla sagacia di applicazione dei prodotti e dal soggiorno in sanatorio.

5) *Metodo di Finikoff*. Si usa una soluzione estemporanea, fatta con tintura di jodio all'1/10: 1 cmc. in 10-20 cmc. di olio di ara-

chide, una volta la settimana, con una pozione di 4 grammi di cloruro di calcio; è conveniente associarvi l'olio di fegato di merluzzo. Durata 6-7 mesi; controindicazioni: emottisi, lesioni degli emuntori. Sono segnalati dei successi, ma anche degli incidenti gravi, persino mortali. Si esige, quindi, grande prudenza.

IV. METODI CHIRURGICI.

Alcuni metodi non sono che dei coadiuvanti delle altre cure e sono: la puntura evacuatrice semplice, il drenaggio capillare, la incisione con o senza raschiamento. Il trattamento veramente chirurgico consiste nella exeresi ganglionare ampia, di cui gli AA. riportano 4 casi favorevoli. Tale metodo è essenzialmente indicato per i casi in cui sono presi soltanto i gangli del quadrivio superiore della catena giugulare interna, a tipo ipertrofico, caseoso o suppurato, mentre è sconsigliato nettamente nei pazienti con lesioni fistolizzate, largamente estese ai tegumenti e con altre localizzazioni tubercolari, in cui si possono avere come conseguenze, cicatrici cheloidee, recidive locali, aggravamento delle lesioni bacillari coesistenti e la generalizzazione. Risultati incerti si hanno nei pazienti con lesioni estese ai gangli della catena dello spinale e della regione media della catena giugulare interna od in quelli a lesioni fistolizzate, anche se limitate.

In complesso, non si può dire che ad un dato tipo di lesione corrisponda un trattamento unico; risultati buoni si possono ottenere con vari metodi ed è per questo che il più delle volte, si mettono in opera quelli biologici, actinoterapici o chimici. pur non trascurando, nei casi adatti, quello nettamente chirurgico.

fil.

DERMATOLOGIA.

La dermatologia nel 1935.

(G. MILIAN e L. BRODIER. *Paris médical*, 19 gennaio 1935.

Il *lichen piano* è una delle dermatosi « invisibili » più frequenti. Con questi due termini in apparenza contradittorii Gougerot designa le dermatosi che non si esteriorizzano se non dopo un periodo di latenza più o meno lungo. Il lichen piano p. e. spesso si manifesta con il solo prurito, sia quello che precede l'eruzioni o le sopravvive, sia quello che ne costituisce l'unico sintoma e la cui natura lichenoide si riconosce o con la constatazione di un lichen della mucosa orale, o con la sua scomparsa sotto l'influenza della cura propria del lichen.

Milian ha descritto due casi del genere: uno di una donna nel quale un lichen tipico, guarito con iniezioni endovenose di crisalbina, recidivò più tardi sotto la forma di un prurito interscapolare e guarì sotto l'influenza dello stesso trattamento aurico: l'altro di un uomo con disturbi nervosi di vario genere ed un prurito persistente della gola nel quale dopo parecchi anni apparve un tipico lichen nella superficie interna delle guancie.

Raro è il *lichen piano delle unghie*, osservato nel 1934 da Gadrat in un soggetto con lichen piano cutaneo-mucoso, nel quale le unghie di quasi tutte le dita delle mani presentavano tumefazione della matrice con strie e scanalature longitudinali.

Strauss ha osservato tre casi personali, e 78 ne ha raccolti nella letteratura, di *lichen piano bolloso*, più frequente nelle donne, raro nei bambini, proprio di soggetti tra il ventesimo ed il quarantanovesimo anno, con bolle a volte isolate, a volte multiple, di grandezza da una testa di spillo fino a quella di un uovo. Probabilmente lo sviluppo accidentale di queste bolle è dovuto all'intensità dell'edema il quale fa dilatare le lacune microscopiche proprie del classico lichen piano.

È stata più volte segnalata l'associazione del *lichen piano* con la *vitiligine*.

Le relazioni tra *lichen piano* e *lichen corneo* sono ancora discusse: per alcuni il lichen corneo è una lichenificazione nodulare che può sovrapporsi al lichen piano o apparire indipendentemente da questo: altri invece ammettono una stretta parentela fra le due forme.

Milian ha descritto una forma di lichen piano cronico che designa con la denominazione di « lichen piano scleroso pigmentato in chiazze ».

La natura del lichen piano è sempre oggetto di controversie (origine tubercolare o micosica. A sostegno della sua origine infettiva si cita il caso di una coppia di sposi nei quali il lichen piano apparve simultaneamente ed ebbe la stessa evoluzione con le medesime localizzazioni, in prevalenza sulle mucose). In un soggetto di 42 anni, malato da 7 mesi di un esteso lichen piano cutaneo-mucoso, Weil constatò la scomparsa di questa dermatosi dopo l'estirpazione della milza. Potrebbe però a questa guarigione non essere stata estranea l'anestesia. Ravaut infatti ha constatato la guarigione di un'orticaria ribelle e di quattro casi di lichen piano in seguito all'uso di cloroformio (iniezioni endovenose di siero cloroformico, ingestione di acqua cloroformica, ed anche per anestesia con cloroformio. con etere, con cloruro di etile).

Molti ammettono la natura tubercolare del « lichen nitidus » (intradermo-reazione alla tubercolina, guarigione con la tubercolino-terapia). Può darsi peraltro che la struttura tubercoloide del « lichen nitidus » sia dovuta soltanto al terreno tubercolare che trasformerebbe il lichen piano in lichen « nitidus ».

Psoriasi. Pachkoff ha analizzato 230 osservazioni di psoriasi (152 uomini e 78 donne)

con tre soli casi di psoriasi verrucosa e papillomatosa, senza poter trarre alcun dato sicuro circa l'etiologia e la cura interna. Sembra che i migliori risultati si siano ottenuti con pomate al catrame e allo zolfo, o con quelle alla crisarobina, o con quelle saliciliche e mercuriali associate con irradiazioni ultraviolette o con uso interno di arsenico.

L'attinoterapia avrebbe dato buoni risultati in 168 casi a Goutina e Bélakhov, ma è controindicata nei tubercolosi, nelle psoriasi infiammate e nei soggetti ipersensibili a queste irradiazioni.

L'importanza dei traumatismi cutanei nella localizzazione delle psoriasi è nota da tempo, ed anche recentemente (De Mienicki e Ryll Nardzewski) è stato osservato, in un vecchio psoriasico, il presentarsi di elementi eruttivi nel tratto ov'era stata praticata una vaccinazione. In altri due malati, che non avevano mai sofferto di psoriasi, una iniezione di vaccino Pondorff determinò l'insorgere di una psoriasi non solo nel tratto vaccinato, ma anche in altre regioni del corpo (1).

Auridi cutanee e mucose. Numerose osservazioni di auridi sono segnalate in questi ultimi tempi, in particolare l'insorgere del « lichen planus » cutaneo e boccale in seguito a cure con sali di oro (Gheerbrant). Nella maggior parte dei soggetti osservati il lichen insorge sul finire di una eritrodermia aurica: vi sono però dei casi di lichen post-aurico senza eritrodermia e di eritrodermie auriche senza lichen consecutivo. In un tubercoloso trattato con iniezioni endovenose di crisalbina si osservò un'eritrodermia desquamativa seguita da lichen piano boccale e cutaneo con chiazze pigmentarie persistenti che davano ai tegumenti l'aspetto di una pelle di leopardo (Petges).

La simultanea apparizione di un « lichen planus » cutaneo e mucoso e di una psoriasi in seguito ad una eritrodermia aurica localizzata alle estremità è stata osservata da Gougerot e Burnier in un antico psoriasico trattato per tubercolosi polmonare con iniezioni intramuscolari di myoral. Milian aveva già studiato un caso analogo di auride complessa formata dall'associazione di lichen piano, psoriasi ed eczema ragadiforme. Egli considera queste diverse dermatosi post-auriche come eruzioni biotropiche dirette, tutte e tre di origine tubercolare.

Rathery ha constatato in un tubercoloso curato da sei anni con sali di oro una pigmentazione (crisocianosi di Nové-Josserand) localizzata alle parti scoperte, che rispettava però le regioni peri-ungueali e mucose. Nei tratti pigmentati si potè dimostrare la presenza di granuli di oro che mancavano invece nelle parti sane.

Carrière ed Huriez hanno descritto una rara forma di stomatite bollosa in un malato dopo la 12ª iniezione di crisalbina. Le bolle recidivarono per circa otto mesi: l'intradermoreazione all'oro riuscì positiva.

Una vera e propria dermatite erpetiforme di Dühring è stata osservata in una donna curata per reumatismo cronico deformante con iniezioni di crisalbina.

Fatti di polinevrite (dolori nella regione scapolare destra, con impotenza della radice dell'arto), senza disturbi della sensibilità obbiettiva e seguita da eritrodermia vescicolo-edematosa furono osservati da Tzanck dopo la Vª iniezione di allocrisina.

Eritema anulare centrifugo. Rara dermatosi descritta dal Darier nel 1916. Touraine ne ha descritto recentemente tre casi: in uno dei malati la malattia si svolse in gittate subentranti per ben otto anni: non fu potuto riconoscere nessun germe patogeno: le intradermoreazioni alla tricofitina, streptococcina furono negative e la guarigione si ottenne in seguito ad applicazioni di gudrolina. Un secondo malato fu guarito con una pomata al collargolo 1 su 20: il terzo con iniezioni quotidiane di sangue completo.

Jausion e Petit hanno guarito un malato in cui da cinque anni si ripetevano gittate di er. centrifugo con le iniezioni di un vaccino micosico polivalente, benchè non ci fossero segni di micosi vera e propria.

L'esame istologico (Touraine e Renault) ha mostrato alterazioni dei capillari ed un infiltrato cellulare sul tipo delle reazioni del sistema reticolo-endoteliale.

In un soggetto studiato da Louste e Rabut, l'eritema centrifugo, le cui gittate successive duravano da cinque anni, si trasformò poi in una dermatite erpetiforme di Dühring.

Touraine e Solente insistono sulla differenza fra l'eritema anulare centrifugo del Darier e l'eritema cronico migrante del Lipschütz: quest'ultimo è costituito da un solo anello eritematoso, di rado due o tre, per lo più su gli arti, specialmente gl'inferiori: l'anello si estende perifericamente intorno al punto iniziale, che persista talvolta per lungo tempo con aspetto papuloso, può acquistare dimensioni enormi prima di frammentarsi e dura da 5 a 18 mesi. Nella sua parte interna può presentare un alone cianotico. Non si ha prurito nè formazione di vescicole o desquamazione. Spesso questa varietà di eritema viene attribuita a puntura di zecche.

Milian ammette diverse varietà di eritema anulare centrifugo e descrive un tipo orticato, molto pruriginoso, che a lui sembra di natura infettiva, in cui strisciando con una spilla sulle parti sane si possono provocare eruzioni anulari o policicliche analoghe alla malattia sponta-

---

(1) Il fatto è stato osservato altre volte ed anzi fu invocato a favore della teoria infettiva della psoriasi. V. M.

nea e che scompaiono dopo qualche giorno lasciando una pigmentazione della tinta del caffè-latte.

Lupus eritematoso. Nel V° Congresso dei dermatologi di lingua francese (Lione, 1934) fu messo all'ordine del giorno il tema dell'etiologia del l. e.

I relatori ne hanno ammesso l'origine tubercolare. Il l. e. eritematoso sarebbe l'espressione cutanea di una tubercolosi attenuata, il più delle volte ganglionare e datante dall'infanzia, spesso derivante da reinfezioni successive. Fra le cause predisponenti figurerebbe in prima linea la sifilide congenita o acquisita. (1).

La maggioranza dei dermatologi anglo-sassoni ammettono la teoria tossinica (streptococcica o stafilococcica). Milian concilia le due ipotesi distinguendo una varietà follicolare di l. e., che avrebbe un'origine tubercolare, e una forma vascolare (di Besnier) forse di origine streptococcica.

È da tener conto di fattori coadiuvanti (difettosa circolazione periferica, freddo, traumatismi, più raramente l'azione della luce).

La cura locale tende sempre a cedere il posto a quella generale. Con tutto ciò la crioterapia, la radioterapia e la diatermocoagulazione sono sempre utilizzate con qualche successo nelle forme fisse e nei casi ribelli.

Gli arsenobenzoli devono essere usati con prudenza: i sali di bismuto avrebbero dati numerosi successi e così i sali di oro che ora sono largamente in uso, per quanto siano ancora discusse le dosi da impiegare, e la durata della cura che non è scevra di pericoli (2).

Franklin in 31 casi curati con la sanocrisina ottenne il 64 % di guarigioni, 13 % di miglioramenti, 22 % di insuccessi. Egli notò l'insorgere di auridi cutanee e mucose nel 32 % dei casi: in due malati si notò una rapida generalizzazione del processo.

Sembra che la via endomuscolare sia la meno pericolosa.

La dieta aclorurata di Gerson, una razionale sovralimentazione, le preparazioni jodotanniche ecc. completerebbero utilmente la terapia del lupus eritematoso.

Sarcoidi. Secondo Darier sarebbero neoplasie dermiche o ipodermiche, con struttura più o meno tubercoloide, che potrebbero raggrupparsi intorno a due tipi principali: i lipoidi miliari disseminati di Boeck, di cui esiste una varietà a grossi nodi, ed i sarcomi ipodermici Darier-Roussy.

Gougerot li considera come una sindrome anatomo-clinica da cause diverse ma principalmente tubercolari. Egli segnala i sarcodi da corpi estranei, quelli consecutivi ad iniezioni di olii medicamentosi ecc.

Il termine « sarcoide » è stato criticato dalla maggioranza dei dermatologi e non avrebbe ora alcun senso.

Secondo alcuni peraltro i sarcoidi ipodermici Darier-Roussy sono una sindrome clinica ed istologica distinta dal sarcoide dermico detto « lupus pernio » e dovrebbero, essi solo, conservare il nome di sarcoidi. Schaumann e Beintema li considerano invece come tuberculidi.

Si ammettono fatti di passaggio fra il sarcoide ipodermico Darier-Roussy e l'eritema indurato (Nicolas e Gaté, tubercolosi indurata secondo Bertaccini).

Il sarcoide dermico di Boeck o « lupus pernio » di Besnier-Tennson, o « sarco-lupus-pernio » sarebbe, secondo qualche dermatologo, una vera reticolo-endoteliosi dell'organismo a livello della cute ma anche del midollo osseo, polmoni, fegato, reni, sistema ghiandolare. Altri ne fanno una varietà dell'antica scrofola, onde il nome di neo-scrofola (Bory). Spesso il « lupus pernio » è accompagnato (Martenstein) da polidactilite pseudo-cistica (osteite tubercolare multipla cistoide): in qualche caso è associato con anetodermia e la natura tbc. della malattia fu dimostrata con l'inoculazione alle cavie (Ramel).

In ogni modo la natura della malattia di Besnier-Boeck è ancora oscura e la sua origine tubercolare (per alcuni dalla varietà bovina del bac. tubercolare) è sempre controversa.

La specificità anatomica dei sarcoidi è discussa essa pure e la medesima struttura istologica è stata osservata in un leproma (Pautrier), nell'eritema anulare centrifugo, nella leishmaniosi cutanea. Il loro studio offre ancora numerosi problemi da risolvere.

V. MONTESANO.

(1) Fin da molti anni or sono R. Campana aveva formulata la teoria che il lupus eritematoso sia dovuto a cause complesse, sifilide e tubercolosi in special modo. V. M.

(2) In un caso, da me osservato, di lupus eritematoso associato a morbo di Raynaud i sali di oro, seguìti da preparati di bismuto, dettero eccellenti risultati. V. M.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

P. LIEBESNY. *Kurz und Ultrakurzwellen. Biologie und Therapie.* Urban e Schwarzenberg, Wien, 1935. MK. 8,50.

Il prof. Liebesny, direttore del Reparto Ospitaliero di fisica medica dell'Istituto di Fisiologia di Vienna, ha raccolto in volume il frutto di un quadriennio di ricerche scientifiche e di applicazioni terapeutiche nel campo delle onde corte. Si tratta di un'opera, come l'A. stesso dice nella prefazione, dedicata precipuamente agli allievi, che affluiscono da ogni dove a questo speciale Reparto di Terapia degli Ospedali di Vienna e che sentono la necessità di apprendere e valutare tutto quanto è necessario per l'impiego del nuovo mezzo terapeutico con serietà scientifica.

Il volume del Liebesny si presenta realmente come un'opera magistrale sull'argomento. Esso riunisce in sè i pregi di un grande materiale sinteticamente raccolto, esposto con ordine e con sapienza didattica, non privo di equilibrata critica e talvolta di sagace spunto polemico.

Apre il volume una breve corsa attraverso la storia delle onde corte in terapia. Quindi l'A. espone con chiarezza e precisione le basi fisiche e biologiche sulle quali si fonda l'impiego terapeutico delle onde corte: la distribuzione della corrente e gli effetti termici nel campo condensatore di un circuito oscillante, la reazione generale degli organismi animali e umani, dei singoli tessuti ed organi in particolare, trovano in questo capitolo ampia trattazione.

Successivamente viene svolto l'argomento, al quale l'A. stesso e i Collaboratori appartenenti alla sua Scuola hanno dato un notevole contributo sperimentale: l'effetto delle onde corte sui microrganismi, in particolare sul loro sviluppo e sulle proprietà biologiche. Alla ricca documentazione grafica e fotografica delle ricerche personali, l'A. aggiunge una precisa esposizione delle ricerche di altre Scuole, specie di quelle tedesche, italiane ed americane.

La seconda parte del libro è dedicata alla terapia e qui lo sperimentatore cede il campo al clinico, pur rivelandosi sempre profondamente biologo attraverso la discussione e la critica. Le malattie che fino ad ora si sono veramente giovate delle onde corte sono dal Liebesny indicate ed i successi conseguiti sono documentati da numerose riproduzioni fotografiche.

L'obbiettività clinica fa sì che egli non sorvoli sui risultati incerti e negativi, ma li discuta sempre e li giustifichi fin dove possibile. Ma un altro grande merito ha la trattazione clinica: quello di aver indicato i pericoli inerenti ad una terapia mal condotta. L'esperienza clinica, la ricerca istologica e biologica dicono, secondo il Liebesny, che alcuni tessuti ed apparati possono essere gravemente lesi da irradiazioni mal dosate, sopratutto da irradiazioni, in cui non si sia evitato l'eccessivo riscaldamento. Invero il portato clinico fondamentale dell'opera del Liebesny è rappresentato dal suo sistema di terapia il più possibile « atermica », cioè cercando di ottenere dalle onde corte il massimo effetto elettrico « specifico » con il minimo effetto termico. Questo è il punto di vista fondamentale, su cui si basa la Scuola del Liebesny, che non si occupa di piretoterapia. Di questa ultima è dato un cenno riassuntivo nell'ultimo capitolo, in cui l'A. in chiara sintesi espone la parte fisico-tecnica delle onde corte, descrive i principali tipi di apparecchi e fornisce le indicazioni necessarie per l'impiego di essi nella terapia locale superficiale e profonda. Il libro del Liebesny costituisce per tutti i cultori di questa promettente branca della medicina non solo un'opera di consultazione ma anche una indispensabile guida pratica.

COLARIZI.

P. GIBERT. *La Röntgenthérapie des fibromyommes de l'utérus.* Ed. Masson, Parigi, 1935. 112 pag., 10 fig. Fr. 18.

Una brillante introduzione del Beclère rifà la storia della terapia dei fibromi quale egli ha seguìta nella sua lunga vita e si sofferma sopratutto sulla efficacia della Roentgenterapia. L'A. espone l'argomento con rapidità e chiarezza trattando prima dei Raggi X e del Radium in genere, poi segnando le indicazioni rispettive e la tecnica; annota gli incidenti possibili; non dimentica il capitolo delle successioni ereditarie e nemmeno quello degli insuccessi sui quali anzi indugia anche con casistica personale. È una messa a giorno senza novità nè pretese; tutti ricordiamo ancora la ben più poderosa esposizione del compianto Bolaffio; qui si tratta di un riassunto più stringato, che si legge facilmente come sempre per questi volumi francesi maestri nell'arte dello scrivere chiaro e amabile. P. G.

FRANCESCO ZAGARESE. *Visceriti e periviscerili.* Editore N. Zanichelli, Bologna, 1934.

Zagarese, in un elegante volume in-8°, di XII-360 pagine con 60 illustrazioni, riassume con diligenza e cura le nozioni sulle « Visceriti e periviscerìti ».

Di esse riassume la conoscenza sulla eziologia e patogenesi prendendo in esame le varie teorie (meccanica, congenita, infiammatoria, tossica ecc.). Ne studia la anatomia patologica, descrivendo le caratteristiche delle varie forme, estendendosi dalle peritoniti tubercolari, sifilitiche, alle semplici, diffuse o circoscritte.

Tratta esaurientemente della sintomatologia generale e di quella riferibile alle lesioni ine-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

renti agli organi colpiti da periviscertiti; esamina perciò le sindromi periviscerali appendicolari, da coliti, da ulcera gastrica e duodenale, da colecistiti; così pure illustra le sindromi associate e quelle determinate dalle periviscertiti digestive addominali croniche ecc.

L'A. espone i dati che si riferiscono allo studio radiologico delle singole periviscertiti.

Esamina il trattamento medico o chirurgico delle visceriti e periviscertiti.

Porta perciò un notevole contributo alla conoscenza sull'argomento mettendo in speciale risalto gli studi e le opinioni della Scuola di Bologna e del suo Maestro on. prof. Paolucci.

V. JURA.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunanza dell'11 aprile 1935.

Presidente: Prof. D. TADDEI.

Caso di singolare sensibilità cutanea alle radiazioni di breve lunghezza d'onda.

SCOPESI dott. M. — L'O. presenta un malato luposo in cura ed in osservazione da diversi anni all'Istituto Fotoradioterapico che fino dalla prima applicazione di Radio ha mostrato una speciale intolleranza che si manifesta già a sole circa 10 ore dall'inizio dell'irradiazione, con un intenso edema a tipo pomfoide accompagnato da eritema limitato alla zona irradiata.

Questa particolare suscettibilità è diffusa a tutto l'ambito cutaneo. Le varie prove eseguite con tutte le lunghezze d'onda adoperate in terapia (infrarossi, ultra-violetti, raggi limite, Roentgen e Radium) hanno dimostrato che la soglia di lunghezza d'onda al di là della quale, verso le piccole lunghezze d'onda si manifesta il fenomeno, è situata in quel tratto di scala in cui compaiono i primi raggi Roentgen e cioè nelle ottave occupate dai raggi limite (10 Angström); al di quà, verso le lunghezze d'onda maggiori (ultra-violetti, luce bianca, infra-rossi) le reazioni cutanee sono perfettamente normali.

Il trasporto passivo del siero di sangue e del liquido di bolla prelevato in zone irradiate ha dato su altro individuo esito positivo.

Mentre sono relativamente frequenti i fenomeni allergici specialmente per gli ultra-violetti, la maggior parte degli AA. li nega per i raggi Roentgen e perigamma; infatti i pochi casi di ipersensibilità a queste ultime irradiazioni, descritti nella letteratura si riferiscono in generale ad un'accentuazione ai fenomeni reattivi.

L'immediata insorgenza di questa speciale reattività a dosi minime d'irradiazione (meno di 1/5 di dose eritema) e l'imponenza di essa conferiscono a questo caso una particolarità finora non descritta, certamente rarissima.

La vitamina C nella terapia delle diatesi emorragiche.

LUNEDEI prof. A. e GIANNONI dott. A. — Gli OO., dopo aver riassunto e discusso i dati della bibliografia, specie nei riguardi del trattamento con vitamina C delle diatesi emorragiche, espongono i risultati delle loro ricerche che sono state condotte mediante la somministrazione di acido ascorbico a dosi piuttosto elevate — 100-150 mmgr. pro die — per via endovenosa, in malati con sindromi emorragiche acquisite e in malati di Morbo di Werlhof costituzionale, con lo scopo in particolare di precisare quale dei molteplici fattori di emorragia sia influenzato, o in qual grado, dalla somministrazione di vitamina C.

Da queste ricerche essi giungono alla conclusione che l'impiego di tale terapia può essere utile nelle sindromi emorragiche acquisite a carattere transitorio, in quanto rappresenta un mezzo per combattere efficacemente le manifestazioni emorragiche e anche nel Morbo di Werlhof costituzionale, in quanto questo trattamento, permettendo di ridurre l'entità della sintomatologia emorragica, consente di preparare i pazienti a subire con minori pericoli un serio intervento operativo come è la splenectomia.

Il ricambio degli idrati di carbonio negli ipofisari.

DOGLIOTTI prof. G. G. — L'O. riassume le più recenti ricerche sperimentali (Houssay, Lucke, Collip, ecc.) che hanno portato all'isolamento dalla preipofisi di un ormone iperglicemizzante (ormone contrainsulare). Questo spiega il reperto, di frequente segnalato, di una glisocuria nel corso di malattie ipofisarie da iperfunzione della preipofisi (acromegalia, gigantismo ipofisario, morbo di Cushing) e quello più raro di uno stato ipoglicemico nelle sindromi da ipofunzione preipofisaria (distrofia adiposo-genitale, cachessia ipofisaria, ecc.). Di fronte ai meccanismi compensatori di cui dispone l'organismo per mantenere la glicemia ad un livello costante, l'O. ritiene che nella interpretazione patogenetica delle sindromi ipofisarie debba essere valorizzata più che la glicemia, la curva glicemica da carico di glucosio, già applicata da alcuni AA., ma che oggi dopo le accennate ricerche sperimentali, deve entrare sistematicamente nella diagnostica ipofisaria. L'O. riferisce infine di alcuni casi di ipofisari osservati nell'Istituto di Patologia medica di Firenze cui la curva glicemica ha dimostrato nettamente o un aumento della tolleranza dei carboidrati (sindromi ipopituitariche) o una diminuzione (sindromi iperpituitariche).

L'importanza del seno carotideo del meccanismo delle morti improvvise.

SALMON prof. A. — L'O. ritiene che il meccanismo delle morti improvvise, che nella pluralità dei casi sono l'esponente di un fattore bulbare, si rischiari notevolmente quando si prendano in considerazione gli intimi rapporti funzionali tra il seno carotideo e i nuclei bulbari, il vago.

La compressione sperimentale dei seni provoca spesso la morte improvvisa. L'ipertonia e l'ipotonia di questi organi si esprimono con la sincope cardiaca, con la brachicardia, con l'arresto dei movimenti cardiaci, dovuti all'eccitazione del nucleo bulbare cardio-inibitore, con l'apnea e con la respirazione periodica secondarie alla paralisi o all'inibizione del nucleo respiratorio, con gravi disordini dell'innervazione cardiaca, col collasso circolatorio; fenomeni che sono precisamente quelli che determinano spesso la morte improvvisa. Appare infine dimostrato che molte sostanze tossiche che provocano le crisi bulbari e la morte improvvisa, ad es.: l'adrenalina, il cloroformio, l'etere, i barbiturici, l'anidride carbonica, ecc. si riflettono sui centri bulbari per il tramite dei seni carotidei: la loro azione si sospende con la resezione, l'innervazione o la cocainizzazione dei seni.

I Segretari: Proff. L. PICCHI, P. NICCOLINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Infezioni minime.

N. Hallows (*Practitioner*, aprile 1935) rileva che può essere un problema di non facile soluzione il decidere se uno è o no colpito da malattia infettiva quando si tratta di forme blande. In pratica la soluzione di questo problema è importante specialmente per individui esposti al contagio in periodo di epidemie.

Uno dei casi più frequenti è quello della scarlattina che può presentarsi con forme difficilmente riconoscibili. La reazione di Dick può essere utile.

L'A. cita un caso in cui, senza eruzione (a meno che questa non sia comparsa per poche ore durante la notte) si ebbe desquamazione agli arti.

Anche la varicella può dare forme minime: queste sono per lo più rappresentate dai casi in cui si ha qualche rara vescichetta sul cuoio capelluto.

L'influenza può presentarsi in forma leggerissima col solo aspetto del « raffreddore », oppure con un senso di stanchezza.

Alcuni individui presentano, durante un'epidemia d'influenza, solo ipersensibilità del cuoio capelluto, che dura circa una settimana; si tratta per lo più di persone che non hanno sofferto di influenza tipica.

Anche il morbillo si può avere in forma minima, solo con fenomeni catarrali iniziali senza eruzione e febbre.

Forme anormali di « parotite » con lesione primaria dei testicoli o del pancreas sono pure descritte, come pure esistono casi di paralisi postdifteriche con lesioni faringee primitive così benigne da essere passate indiagnosticate.

Pure infezione minima potrebbe essere quella del tifo afebbrile se in questi casi non si avesse spesso una malattia a decorso grave e a volte mortale; si tratta di un difetto nel meccanismo termopoietico di difesa.

R. LUSENA.

Forme di ulcera sifilitica della tonsilla a tipo di angina pseudo-flemmonosa bilaterale.

Il sintoma classico delle ulcere luetiche della tonsilla è la unilateralità della lesione che permette, associata all'indurimento della base ed alla adenopatia di svelarla anche se talora mascherata da altri sintomi.

Perciò P. Halbron e H. P. Klotz (*Paris Médical*, 23 febbraio 1935) hanno ritenuto interessante segnalare due forme di ulcera tonsillare a tipo di angina bilaterale. L'analisi dei due casi ammonisce a praticare sistematicamente la reazione di Wassermann in tutti i malati che presentano una angina a lungo decorso anche se bilaterale. Altri caratteri delle lesioni studiate furono: una reazione febbrile attenuata, sproporzionata alla gravità dei disturbi funzionali e fisici, ed una adenopatia molto voluminosa. Bastò l'influenza banale di una comune disinfezione faringea per fare scomparire la reazione anginosa, mentre risaltava la lesione specifica caratteristica.

VICENTINI.

Difficoltà diagnostiche nella meningite tubercolare.

B. Walthard (*Schweiz. med. Wochens.*, 9 marzo 1935) ha osservato il caso di una donna di 63 anni in cui la diagnosi di meningite tubercolare venne fatta soltanto all'autopsia. Il decorso atipico della malattia, con predominanza delle paralisi nel territorio dei nervi cerebrali e spinali, come pure la positività della reazione di Wassermann nel liquor avevano fatto ammettere una meningite luetica. Come cause delle estese paralisi, oltre alle lesioni gangliari nel cervello e nel midollo, si poterono dimostrare lesioni notevoli degenerative ed infiammatorie nei nervi cerebrali e spinali e, per questi ultimi, anche oltre le meningi.

Potè assodarsi la decisa compartecipazione delle arterie meningee al processo infiammatorio, nel senso di un restringimento del lume arterioso da tessuto granuloso tubercolare, come pure dalla proliferazione di tessuto granuloso nell'intima, dall'interno verso l'esterno e, nell'avventizia, dall'esterno verso l'interno.

Non si trovò nessun focolaio di tubercolosi attiva, come punto di partenza della meningite tubercolare; ma soltanto, oltre ai processi tubercolari del cervello e del midollo, delle aderenze pleuriche e delle cicatrici all'apice polmonare.

fil.

Le prove scientifiche dell'efficacia della vaccinazione contro la tubercolosi col BCG.

Le prove dell'efficacia della vaccinazione contro la tubercolosi col BCG sono, dice M. C. Guérin (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 26 marzo 1935) di due specie: sperimentali e statistiche, ma le sole indiscutibili sono le prime. Esse si compendiano nei seguenti fatti importantissimi. Mediante la inoculazione nelle vene o sotto la pelle dei vitelli di una determinata quantità di bacilli tubercolari attenuati BCG, è possibile conferire loro uno stato allergico, di durata peraltro individuale, per il quale essi reagiscono sempre positivamente alla prova della tubercolina e si comportano di fronte alle infezioni sperimentali virulente come se fossero realmente tubercolotici. Infatti iniettando loro nella vena giugulare una certa dose di cultura di tubercolosi bovina virulenta, essi non ne risentono alcun danno ed una volta uccisi si presentano alla autopsia indenni da ogni lesione tubercolare; però i loro gangli conservano allo stato laten-

te, fin dopo un anno dall'esperimento, i bacilli virulenti di prova. Se si passa ai soggetti della specie umana, si vede che anche in essi è possibile mediante la inoculazione del BCG, conferire la facoltà di reagire positivamente alla prova della tubercolina, senza che perciò essi ne risultino infettati. Numerosi si sono occupati della vaccinazione dei neonati per mezzo del BCG ed hanno portato un interessante contributo alla costatazione della allergia post-vaccinale. Recentemente Walgren adoperando le inoculazioni intradermiche di BCG a dosi crescenti ha ottenuto una percentuale di soggetti allergici, vicino al 100 %.

Appare dunque indiscutibilmente evidente che il solo intervento del vaccino BCG è suscettibile di provocare nei soggetti indenni, le manifestazioni tubercoliniche della allergia, le quali costituiscono, allo stato attuale delle nostre conoscenze, il criterio incontestabile della resistenza acquisita con la vaccinazione.

VICENTINI.

Un nuovo trattamento della emorragia cerebrale.

R. Colella e G. Pizzillo (*Presse Médicale*, 10 aprile 1935) riferiscono sull'applicazione della autoemoterapia alla cura della emorragia cerebrale. Tale metodo è stato segnalato per la prima volta recentemente da Arnault de Vevey. Il materiale di studio degli AA. è costituito da 35 osservazioni comprendenti: traumatismi encefalici, ipertensione arteriosa, emorragie, trombosi ed embolie cerebrali nei diversi periodi della loro evoluzione. La tecnica operatoria consiste nel prelevamento di 25-30 cc. di sangue da una vena del braccio o del piede e nel reiniettarlo immediatamente nella regione glutea del lato sano. Tutti i malati con emorragia cerebrale, trattati con la autoemoterapia risentirono più o meno rapidamente e intensamente, vantaggio specialmente se precoce fu l'iniezione. Gli AA. raccomandano questo genere di cura come trattamento preventivo nei casi di ipertensione arteriosa. Di più le iniezioni di sangue possono permettere la diagnosi differenziale tra emorragia cerebrale e rammollimento, poichè mentre la autoemoterapia ha azione curativa sui focolai emorragici, non ne ha alcuna su quelli di rammollimento. Anche le lesioni vecchie possono essere benignamente influenzate perfino nel periodo cicatriziale. Numerose sono fino ad oggi, le teorie enunciate sul meccanismo di azione della autoemoterapia, ma nessuna di esse è soddisfacente. Gli AA. però non intendono discuterle ritenendosi paghi del risultato pratico di questo nuovo metodo di cura delle emorragie cerebrali.

VICENTINI.

Lipogranulomatosi progressiva della musculatura.

Possono avvenire delle necrosi spontanee, non traumatiche, del tessuto adiposo: dai focolai necrotici si possono sviluppare dei granulomi, i cosidetti « lipogranulomi ». Finora si sono osservati questi granulomi solo nel tessuto adiposo sottocutaneo: Teutschländer (*Klin. Wochenschr.*, n. 13, 1935), ha seguito per 5 anni un caso di lipogranulomatosi della musculatura. L'esame istologico dimostrò trattarsi di tumori sviluppatisi da tessuto adiposo eteroplasico: dal perimisio interno delle fibre muscolari, colpite da lipomatosi. La malattia ebbe inizio nel terzo anno di età, con la comparsa, prima a destra e poi a sinistra, sopratutto nei muscoli della spalla, di tumefazioni: queste erano dapprima dure, in seguito alcune di esse si rammollivano e diventavano fluttuanti, determinando manifestazioni infiammatorie e febbre. La puntura dei tumori fluttuanti davo esito ad una emulsione purisimile, composta di un liquido albuminoso contenente frammenti cellulari, lipoidi e sali di calcio oltre a pochi eritrociti e leucociti. La malattia è stata seguita per oltre 5 anni: essa si accompagna ad un dimagramento molto intenso, quasi una cachessia, ed è caratterizzata oltre che dalla progressività, dalla simmetria, dalla sede endomuscolare del le necrosi del tessuto adiposo e dalla deposizione di sali di calcio in tutti i focolai di necrosi. Per tutti questi caratteri l'A. chiama la malattia « lipocalcinogranulomatosi ». La malattia può condurre sia al rammollimento e fistolizzazione dei focolai che possono allora guarire con formazione cicatriziale, sia ad una osteogenesi metaplasica, passando così nella « miopatia osteoplasica progressiva ». Non si è autorizzati a considerare la lipocalcino granulomatosi uno stadio precoce della miosite ossificante progressiva: questa può bensì essere un esito della prima, non lo diventa però fatalmente.

R. POLLITZER.

NOTE DI RADIOLOGIA

Contributo allo studio dell'uretrografia.

M. Cruz (*Rivista Española de Urologia*, tomo II, n. 2 (6), 1934) descrive un sistema di uretrografia con il quale ha ottenuto dei bellissimi radiogrammi riportati nel lavoro. Le sostanze a preferenza impiegate sono l'Uroselectan ed il Thorotrast, ambedue sono perfettamente miscibili all'orina, non sono tossici, nè irritanti, ricchi di contrasto, si possono facilmente diluire con l'acqua; dei due, però, l'Uroselectan ha l'inconveniente di un prezzo di costo elevato.

La posizione da dare al paziente è la seguente. fattolo coricare sul tavolo gli si fa flettere la coscia ad angolo retto e la gamba leggermente sulla coscia. in questa posizione si inclina il soggetto di 20 o 25° dal lato della gamba flessa e lo si fa piegare un po' secondo un angolo che abbia come vertice la articolazione dell'anca ed in modo da formare un angolo di 45° gradi con la tavola.

La iniezione di liquido si fa con una sonda Nélaton, spingendo dolcemente il liquido e tenendo il pene parallelamente alla coscia.

Si possono distinguere tre tipi di uretrografia: uno durante l'iniezione, un altro dopo l'iniezione ed un terzo durante la minzione.

Nel 1° tipo si vede l'ombra uretrale come un tubo che presenta un allargamento in corrispondenza della parte bulbare che si continua in un'ombra filiforme corrispondente all'uretra prostatica: in questa filiforme qualche volta una biforcazione che corrisponde al follicolo seminale. Nel 2° tipo l'immagine è uguale alla precedente, solo si ha la completa scomparsa dell'uretra prostatica. Nel 3° tipo l'immagine dell'uretra prostatica si rivede di calibro uguale e la posizione preferibile è quella assiale centrando il tubo sul pube. L'uretrografia mette in evidenza diverticoli prostatici, piccoli ascessi, allungamenti dell'uretra prostatica nelle prostatiti, restringimenti, fatti funzionali dello sfintere. Come controindicazioni sono da annoverare: gli stadi acuti del tratto uretro-vescicale e le uretrorragie.

PLASTINA.

MEDICINA SCIENTIFICA

Sull'importanza delle paratiroidi nella regolazione del contenuto totale in magnesio dell'organismo.

P. Frugoni studiò di recente le variazioni del contenuto totale in ceneri, calcio e fosforo di ratti sottoposti alla tiroparatiroidectomia o al trattamento con dosi eccessive di parathormone. Ne dedusse che non solo il ricambio del gruppo Ca-P risulta alterato per effetto della carenza o dell'eccesso di ormone paratiroideo, ma probabilmente l'intero metabolismo minerale.

M. Coppo e P. Frugoni (*Lo Sperimentale*, febbraio 1935) riferiscono le loro ricerche rivolte alla determinazione del contenuto totale in magnesio di ratti normali, paratiroprivi, o trattati con parathormone ad alte dosi. Essi hanno preso in esame il comportamento del Mg perchè numerose ricerche precedenti hanno fatto presumere l'esistenza di rapporti specifici tra ricambio del Mg e funzione paratiroidea. È nota la ipermagnesemia da parathormone ed i rapporti tra tetania e Mg e tra rachitismo e Mg. I risultati di queste esperienze sono stati i seguenti: il contenuto totale in Mg, sia riferito al ratto fresco che alle ceneri, apparve nettamente diminuito, sia per effetto di forti dosi di parathormone, sia per quello della paratiroidectomia. La diminuzione è stata di eguale entità nei due casi. Da ciò si deduce che la funzione delle paratiroidi non si esplica solo sul metabolismo del Ca e del P, ma anche su quello del Mg. Sarebbe molto interessante sapere se le paratiroidi agiscono sul Mg a traverso il Ca oppure al contrario le variazioni del Ca siano secondarie ad una azione diretta delle paratiroidi sul Mg dell'organismo. Non esistono fatti che possano risolvere la quistione con certezza, per quanto si sia piuttosto propensi, sulla base delle ricerche di Beck e di quelle di Meneghetti, ad ammettere la possibilità di una azione diretta e primitiva dell'ormone paratiroideo sul Mg, il quale a sua volta modificherebbe lo stato fisico-chimico ed il tasso del calcio.

VICENTINI.

VARIA

La patologia delle impronte digitali.

(A. RIBEIRO, *Presse méd.*, 6 aprile 1935).

Gli AA. classici affermano che la permanenza delle impronte digitali è assoluta durante tutta la vita e che nessuna malattia sarebbe capace di alterarle o distruggerle.

L'A. ha osservato che la lebbra è capace di alterare e anche distruggere completamente il disegno papiliare, a tal punto da rendere impossibile la classificazione delle impronte delle dieci dita per permettere la ricerca di identità. In 200 lebbrosi dei due sessi di tutte le forme e in tutti gli stadi della malattia l'A. ha potuto osservare alterazioni più o meno avanzate dei disegni papillari nell'80 %. Ma il fatto del tutto nuovo è la constatazione di modificazioni anche gravi in malati in cui non si osservavano lesioni apparenti della mano e delle dita. La biopsia dimostrava in questi casi lesioni attive locali, con infiltrati lepromatosi che causavano compressione delle papille.

In alcuni degli individui esaminati si sono ritrovate le impronte prese molti anni prima e si potè constatare che prima della malattia esse non presentavano alcuna alterazione. In altri casi si è potuta ottenere la prova opposta, cioè a dire che le impronte alterate dalla lebbra diventano normali, con gli stessi disegni che prima della malattia, dopo il trattamento con iniezioni di chaulmoogra per 6-8 mesi.

Le alterazioni iniziano con delle linee bianche che tagliano trasversalmente i disegni della papilla; esse hanno lo stesso aspetto in tutti i casi e compaiono molto precocemente, tanto da far pensare che si possa porre la diagnosi precoce di lebbra con lo studio dactiloscopico di tutti i casi sospetti.

Proseguendo i suoi studi l'A. ha potuto osservare che vi è un'altra malattia capace di alterare i disegni papilari. In una malata di sclerodermia con sclerodattilia ha potuto osservare alla mano destra modificazioni molto nette e, ciò che è molto interessante, con un aspetto differente da quello che si trova nei lebbrosi.

Un'altra osservazione fa anche pensare che il radium o i raggi X possano, determinando radiodermite, alterare il disegno papillare, fatto questo che potrebbe avere una grande importanza in medicina legale, particolarmente per le ricerche di polizia scientifica per la possibilità che ne verrebbe di alterazioni artificiali delle impronte.

C. TOSCANO.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE

Limiti di età pel collocamento a riposo del personale degli istituti d'istruzione.

La « Gazzetta Ufficiale » reca il Regio Decreto-Legge 24 aprile 1935-XIII, concernente i limiti di età pel collocamento a riposo del personale direttivo ed insegnante degli istituti d'istruzione.

I professori degli Istituti d'istruzione superiore, compiuto il 70° anno di età, vengono collocati a riposo.

Coloro che compiono il 70° anno di età durante l'anno accademico, se abbiano effettivamente iniziato il corso, conservano l'ufficio fino al termine dell'anno accademico medesimo.

Altre norme riguardano le scuole medie.

Ai fini del riconoscimento l'anno scolastico si considera equivalente all'anno solare.

Il servizio di assistente e di aiuto universitario prestato dopo il 25° anno di età è riconosciuto ai fini del trattamento di quiescenza e per non oltre dieci anni nei casi previsti dal 2° comma dell'articolo 132 e dell'art. 285 del testo unico 31 agosto 1933, n. 1592.

Il personale di cui ai capoversi 1 e 2 che alla data di entrata in vigore del presente decreto abbia superato i limiti di età fissati negli articoli stessi sarà collocato a riposo rispettivamente dal 29 ottobre, dal 16 settembre e dal 1° ottobre 1935-XIII.

Per il personale di cui ai capoversi 1 e 2 che sarà collocato a riposo fino a tutto l'anno 1939 per aver raggiunti i limiti di età fissati col presente decreto, il trattamento di quiescenza sarà eguale a quello che esso conseguirebbe se rimanesse in servizio fino al limite di età stabilito dalle disposizioni vigenti prima della pubblicazione del presente decreto, tenendo conto dello sviluppo normale di carriera.

Il personale medesimo per il periodo di cui sopra a decorrere dalla data del collocamento a riposo avrà altresì diritto alla concessione speciale « C » per i viaggi propri e della propria famiglia sulle ferrovie.

Riordinamento degli istituti d'istruzione superiore.

Il Ministro dell'Educazione Nazionale on. De Vecchi di Val Cismon ha presentato un disegno di legge contenente disposizioni per un organico concentramento delle istituzioni destinate ai fini dell'istruzione superiore, che è stato già illustrato dal comunicato del Consiglio dei Ministri. Accennato ai presenti ordinamenti universitari e alla non sempre razionale struttura organizzativa degli istituti e degli insegnamenti superiori il Ministro dice che, esaminati individualmente nelle singole organizzazioni, e ancor più se visti nel loro complesso, i nostri istituti d'istruzione superiore presentano qualche aspetto meno coordinato e meno organico. Suddivisione eccessiva delle varie discipline, inorganica distribuzione di funzioni e di compiti, duplicazione di mezzi per raggiungere comuni finalità e, corrispondentemente, campi di indagine non completamente dissodati e attrezzature tecniche non del tutto efficienti.

Eliminare il superfluo, integrare qualche lacuna, ricavare un maggior rendimento dalle energie e dai mezzi impiegati, portare un più saldo coordinamento nella organizzazione degli insegnamenti universitari: questi sono gli obbiettivi che è necessario siano al più presto raggiunti affinchè l'istruzione superiore possa corrispondere sempre più adeguatamente ai fini che le sono assegnati dal Regime, e che si propone il progetto attuale.

Cronaca del movimento professionale.

Il nuovo Direttorio del Sindacato dei medici di Roma e provincia.

Nei locali del Circolo Artistico di Roma, in via Margutta 54, si è tenuta l'Assemblea generale del Sindacato Fascista dei Medici di Roma e Provincia, per ascoltare la relazione morale e finanziaria del Commissario straordinario, prof. Giovanni Perez, e per addivenire alla nomina del nuovo Direttorio.

Erano presenti il Presidente dell'Unione Provinciale di Roma della C.F.P.A. avv. Leva, e l'on. prof. Eugenio Morelli, segretario del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici.

Accolto da una viva dimostrazione di simpatia, il prof. Giovanni Perez, dopo avere con commosse parole rievocata la figura nobilissima del compianto suo predecessore, sen. prof. Luigi Simonetta, ha ricordato con parole chiare ed incisive quale è stata la sua azione sindacale durante il breve periodo del suo Commissariato.

Dopo una esaurientissima relazione sull'attività svolta sia nel campo sindacale che in quello amministrativo, la quale ha riscosso l'unanime approvazione dei convenuti, che hanno tributato al prof. Perez un sentitissimo applauso, in riconoscimento dell'opera veramente efficace a cui egli si è dedicato con spirito di sacrificio e con intendimenti altamente fascisti, l'Assemblea ha approvato per acclamazione la lista del nuovo Direttorio che risulta così composta: segretario: prof. Giovanni Perez; membri: dott. Alberto Alliney, dott. Oreste Bellucci, dott. Tito Ceccherini, prof. Lorenzo Cherubini, dott. Luigi Cochetti, prof. Umberto Nuvoli, prof. Carlo Rubbiani, prof. Luigi Sabbatini; revisori dei conti: prof. Ferruccio Banissoni, prof. Tommaso Lucherini, dott. Umberto Monaco.

Il prof. Galli, il prof. Gasparro e il dott. Medi ed altri, hanno poi preso la parola per lumeggiare subito alcune questioni riguardanti l'opera delle amministrazioni ospedaliere, delle Mutue e di classi professionali che con la medicina hanno attinenza, questioni che particolarmente devono interessare l'attività del nuovo direttorio, in modo che, opportunamente risolte, contribuiscano al bene

pubblico, senza ledere gli interessi professionali dei medici.

A tutti i quesiti prospettati dall'assemblea ha risposto esaurientemente l'on. prof. Eugenio Morelli, con la sua ben nota alta competenza, in tutti i problemi attuali che concernono la classe sanitaria, difensore di tutti i diritti e assertore della valorizzazione sempre maggiore della classe di cui tutela il decoro e gli interessi. Anche all'on. prof. Morelli l'assemblea ha tributato un vibrante plauso.

Dopo una nuova simpatica dimostrazione di affetto e di devozione al prof. Perez l'assemblea si chiude con la promessa del nuovo Segretario, confermata dall'avv. Leva e dall'on. Morelli, di adunare quanto prima tutti i medici di Roma e Provincia per discutere le più importanti questioni che sono affiorate, ma che non hanno potuto essere trattate perchè non comprese nell'ordine del giorno.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANZIO (vedere ROMA).

BUDRIO (*Bologna*). *Congregazione di Carità.* — Al 10 giugno; Direttore Chirurgo, Direttore Medico e due posti di Assistente Medico del sanatorio Zanardi. Rivolgersi alla Segreteria.

COSENZA. *Cassa Mutua di Malattia operai edili della Provincia di Cosenza.* — Scad. 8 giugno. Direttore Sanitario. Stip. L. 13.200 lorde. Età limite al 6 maggio anni 40. Il candidato prescelto, prima di prendere possesso dell'incarico, dovrà, entro 10 giorni dalla data di nomina, rilasciare una dichiarazione dalla quale risulti che egli non ha altri incarichi di qualsiasi natura retribuiti. Tassa concorso L. 100.

FELTRE (*Belluno*). *Ospedale Civile S. M. del Prato.* — Si assume subito Medico Assistente per la Sezione Manicomiale di questo Istituto. Nomina provvisoria per sei mesi. Certificato esame di Stato e inscrizione al P. N. F. Età massima anni 35.

IMOLA. *Congregaz. di Carità.* — Al 15 luglio, ore 17; direttore sanitario del Brefotrofio; stip. lire 10.000, indenn. serv. att. L. 3500, indenn. c.-v.; riduzioni e trattenute. Età limite 40 anni. Documenti non anteriori al 15 gennaio. Tassa L. 50,10, al Tesoriere. Chiedere annunzio alla Segreteria. È vacante anche il posto di assistente sanitaria.

LIVORNO. *Accademia Navale.* — Scad. 12 giugno. Concorso per l'ammissione di un Medico specialista in odontoiatria, che dovrà prestare la propria opera due volte la settimana, nelle ore pomeridiane. Per parteciparvi occorre risiedere nelle Provincie di Livorno o Pisa o Firenze. Rivolgersi al Comando della R. Accademia.

MANTOVA. *Ospedale Civile.* — Scad. 30 giugno. Medico Primario di medicina nell'Ospedale Civile; L. 7500 e 4 quadrienni decimo; c.-v.; percentuali; al lordo. Età limite anni 45. Informazioni dalla Segreteria.

ROMA. *Opera Pia degli Ospizi Marini per i fanciulli poveri della Città e Provincia.* — Concorso al posto di Aiuto-Medico negli Ospizi Marini di Anzio; stipendio lordo di L. 960 annue e supplemento di servizio attivo L. 600, indennità caroviveri L. 840, il tutto soggetto alla ritenuta sui redditi per imposta di R. M. ed alle riduzioni di cui ai Decreti Legge 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 aprile 1934 n. 561. L'Aiuto-Medico ha funzioni di Vice Direttore e deve essere quindi a sua utile disposizione in ogni occasione. I concorrenti dovranno presentare all'Ufficio di Amministrazione dell'Opera Pia in Roma, via S. Vincenzo 32, angolo piazza Trevi, domanda al Presidente dell'Opera Pia i documenti, non oltre le ore 19 del 10 agosto. Età limite 25-45 anni. Chiedere annunzio. Tassa L. 50 in favore dell'Opera Pia. Documenti a 3 mesi dall'8 maggio.

UDINE. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Scad. 19 giugno. Secondo Medico Primario. Stip. L. 11.600; indennità serv. att. L. 2500; c.-v. lordi; alloggio non mobiliato per sè e famiglia, illuminazione e combustibile. Sei aumenti decimo (quattro quadriennali e due quinquennali). Età limite al 6 maggio anni 35. Tassa L. 50. Rivolgersi all'Amministrazione Provinciale.

Medico-condotto stabile cerca interinato di 4 o 5 mesi in alta località per ragioni salute di famiglia, assumendo a sue spese un medico interino da collocare nella sua condotta per tale periodo. Scrivere dott. Guido Demi, Monticiano (Siena).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con recente decreto del Capo del Governo, Ministro dell'Interno, il prof. Dante De Blasi, accademico d'Italia, presidente della Sezione di Medicina nel Consiglio Nazionale delle Ricerche, direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Napoli, è stato incaricato della direzione dell'Istituto della Sanità Pubblica in Roma.

Ci compiacciamo vivamente con l'illustre scienziato per l'alto posto a cui è ora chiamato dalla fiducia del Governo.

Il prof. De Blasi è notoriamente una delle personalità più eminenti della biologia contemporanea. Il suo nome è legato ad una serie d'importanti conquiste scientifiche: basterebbe ricordare la scoperta delle emolisine secondarie e delle zone neutre nelle reazioni immunitarie, gli studi sulla fisica chimica dell'emolisi, la scoperta, fatta in comune col Celli, della filtrabilità del virus dell'agalassia contagiosa, ecc. La sua competenza in tutti i campi della biologia e dell'igiene è senza rivali. Sotto il suo impulso animatore il grandioso Istituto della Sanità Pubblica si affermerà degnamente, non solo nel rigorismo e nella perfezione delle ricerche relative alla vigilanza sanitaria, ma anche e sovratutto nel campo delle ricerche originali, contribuendo efficacemente a mantenere l'Italia ad un alto livello in questo importante settore della vita nazionale.

S. E. il Ministro dell'Interno avendo accolto le dimissioni del dott. cav. Armando Rocchi, ha nominato vice presidente dell'Opera Pia Nazionale di assistenza Orfani Sanitarii Italiani, il prof. cav. di gr. cr. Cesare Agostini, che fu uno dei fondatori insieme al compianto prof. Carlo Ruata, del Collegio Convitto. Cordiali rallegramenti.

Il prof. Ugo Lombroso, ordinario di fisiologia a Palermo, è chiamato a Genova; il prof. Giacomo Aymerich, ordinario di clinica ostetrico-ginecologica a Catania, è chiamato a Bari.

NOTIZIE DIVERSE.

4° Congresso internazionale degli Ospedali.

Il 19 maggio, in Campidoglio, ebbe luogo la solenne seduta inaugurale del IV Congresso Internazionale degli Ospedali.

Alla presidenza presero posto: il Governatore di Roma; il Prefetto Spano, presidente del Comitato ordinatore ed in rappresentanza del Capo del Governo; il dott. von Deschwanden, di Lucerna, presidente dell'Associazione internazionale Ospedaliera; l'on. Sciarra per l'on. Starace; l'on. Basile, direttore generale della Sanità Pubblica; il prof. Schultze (Germania) per i congressisti esteri; Raphael Jackson (Inghilterra) per le Associazioni nazionali affiliate; l'on. Morelli per il Sindacato nazionale medici; il prof. Galli per i medici ospedalieri; la principessa Anna Schwarzenberg per il Consiglio internazionale delle infermiere; il dott. Edoardo Ligorio, segretario generale del Congresso; il prof. Nicola Sforza, segretario generale della Mostra nazionale degli ospedali ed Esposizione materiale ospedaliero. Erano presenti i delegati esteri, il gen. medico Franchi per la Sanità militare, il col. medico De Logu, organizzatore della Mostra della Sanità militare, il prof. Alessandri per il Preside della Facoltà medica, il comm. Ricci, direttore generale delle Amministrazioni civili, il prof. Pecori, direttore dell'Ufficio di Igiene e Sanità e moltissime altre personalità.

Sorge primo a parlare il Governatore di Roma, il quale dice che tra tanti Congressi scientifici, professionali e sindacali che ascendono il Campidoglio per la loro inaugurazione, quello attuale degli Ospedali ha sugli altri una particolare importanza, poichè tende ad affinare gli strumenti della tecnica e dell'intelletto per debellare il male nell'umanità sofferente. Invita i congressisti a rivolgere la loro attenzione sugli aspetti sociali dell'attività assistenziale del Regime, attività che, malgrado la crisi di sistemi, va subendo trasformazioni sostanziali; alla carità individuale subentra l'organizzazione collettiva della provvidenza assistenziale. Si augura che dal Congresso scaturiscano nuovi orientamenti per assicurare una struttura più solida e far maggiormente risplendere di luce ideale quest'opera di solidarietà umana.

Accolto da vivi applausi, il prefetto Spano, dopo aver rivolto un elevato saluto ai numerosi congressisti, rileva come essi oggi sentano pure il fremito di quest'Italia rinnovellata dal genio e dal fascino di un Uuomo, dalla potenza di un'Idea.

Ed è veramente bello e significativo che, mentre qua e là sprizzano bagliori minacciosi sull'orizzonte di tanti popoli, a Roma, dove più vicino che ovunque, dalla Cattedra due volte millenaria, giunge l'altissimo insegnamento della fratellanza umana e della carità, qui dove l'Augusta nostra Regina, Elena di Savoia, che, nell'opera del grande cimento, fu la prima infermiera d'Italia, dà anche oggi l'esempio nobilissimo dell'amorevole cura quotidiana degli infermi, si riunisce questo Convegno di uomini insigni di ogni Paese.

L'oratore dichiara che il Comitato generale da lui presieduto presenta in omaggio ai congressisti una Mostra dell'Ospedalità italiana ed una esposizione di prodotti dell'industria e dell'artigianato nazionale per gli impianti ospedalieri.

L'oratore termina rivolgendo espressioni di gratitudine al Duce, al quale si devono queste realizzazioni.

Dopo aver elevato un pensiero di devozione all'Augusta Maestà del Re, formula i migliori auguri per i lavori del Congresso.

A nome dei congressisti ha parlato poi il dott. Deschwander, esaltando Roma madre e maestra di arti e di scienze; elevando il pensiero alla Maestà del Re, alla Famiglia Reale ed al Duce, che guida le sorti della Nazione Italiana verso i più alti destini. Il prof. Schultze ha parlato a nome dei membri del Congresso i cui Paesi non hanno una società nazionale ospedaliera ma che intendono collaborare ai fini del Congresso; il prof. Mosso ha tratteggiato la storia degli ospedali italiani dal IV secolo in poi; l'on. Morelli ha porto ai convenuti il saluto dei medici italiani; il dott. Jackson ha parlato a nome delle associazioni ospedaliere della Gran Bretagna; il prof. Galli ha porto il saluto augurale dei medici ospitalieri d'Italia e di Roma. A nome del Consiglio internazionale delle Infermiere ha parlato poi la principessa Anna Schwarzenberg recando l'adesione delle infermiere ai fini del Congresso.

Ha preso infine di nuovo la parola il prefetto Spano, il quale ha porto ai convenuti il saluto del Governo italiano, sottolineando l'opera che, come in tutti i settori della vita nazionale, il Regime ha compiuto nel campo dell'assistenza ospedaliera. Perciò — ha aggiunto — Benito Mussolini che, per le Sue alte occupazioni non ha potuto concederci l'onore della Sua ambita presenza, acconsentì, di buon grado, a che Roma fosse scelta come sede di questo IV Congresso Internazionale Ospedaliero ed ha beneaugurato al raggiungimento delle nobili finalità.

« Con tale fervido voto — egli ha concluso — nel nome augusto di Sua Maestà il Re e per ordine del Capo del Governo, mi onoro di dichiarare aperto il IV Congresso Internazionale degli Ospedali ».

I lavori del Congresso si sono svolti attivi e proficui, inframezzati da trattenimenti, visite, gite.

Interessantissima è stata la Mostra del materiale ospedaliero.

Prima di riunirsi a Roma i congressisti hanno visitato le istituzioni ospedaliere di varie città dell'Italia settentrionale; dopo il Congresso si svolge un viaggio nell'Italia meridionale e in Libia.

Ci riserviamo di dare ulteriori notizie e il resoconto dei lavori nei prossimi numeri.

Per l'assistenza ai tubercolotici di guerra.

Organizzata dalla presidenza dell'Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi di Guerra, ha avuto luogo a Milano, presso l'Opera Pia Antitubercolare, una riunione alla quale hanno partecipato i Grandi Invalidi del polmone e i tubercolotici di guerra.

Alla riunione, che è stata presieduta dall'on. Gorini, erano presenti il direttore del Dispensario, prof. Krentzlin, il prof. Baslini, il presidente del Dispensario, cav. uff. Clementi, tutto il Consiglio dell'Opera Pia, il Direttorio dell'Associazione Combattenti e numerosi medici.

Dopo brevi parole del cav. uff. Clementi, l'on. Gorini ha pronunciato un discorso, nel quale, dopo aver illustrato gli scopi della riunione, ha messo in rilievo la fraterna solidarietà, morale e materiale, che lega ai tubercolotici di guerra l'Associazione. Una vibrante manifestazione fu tributata al Duce quando l'on. Gorini, dopo aver ricordate le benemerenze del Governo fascista per i mutilati e gli invalidi, ha accennato all'opera del Regime per combattere la tubercolosi.

Il coordinamento dei servizi sanitari della colonia Eritrea.

Allo scopo di coordinare i servizi sanitari civili specie in relazione alle attuali esigenze della popolazione in seguito agli arrivi di numerosi operai adibiti ai vari lavori, l'Alto Commissario gen. De Bono valendosi dell'opera del gr. uff. Tedaldi, Ispettore Generale della Sanità Pubblica, ha provveduto ad un'ampia e minuziosa organizzazione di tali importanti servizi.

Ventinove sanitari civili assistono esclusivamente la popolazione civile dei cantieri che sono giornalmente visitati.

La vaccinazione antivaiolosa è stata iniziata su vasta scala in tutta la colonia con esito controllato positivo del 70 per cento; inoltre è stato provveduto ad una ampia sistemazione dell'ospedale « Asmara » e di tutte le infermiere dei vari Commissariati dell'interno.

Tutti questi provvedimenti adottati per espresso volere dell'Alto Commissario sono stati accolti dalla popolazione con entusiasmo e con particolare gratitudine.

Avanzamento di ufficiali medici in congedo.

Con circolare n. 215 del Giornale Militare c. a. (dispensa 15) sono stati fissati i limiti di anzianità entro i quali sono compresi gli ufficiali medici e farmacisti dell'ausiliaria, della riserva e del ruolo speciale, che debbono essere presi in esame per l'avanzamento ad anzianità ed a scelta ordinaria per l'iscrizione sui relativi quadri d'avanzamento 1935-36.

I limiti sono i seguenti:

Medici: Colonnelli 2 febbraio 1930; Tenenti colonnelli 30 dicembre 1925; Maggiori 29 giugno 1924; Primi capitani e capitani 26 ottobre 1918; Primi tenenti e tenenti 14 dicembre 1930; Sottotenenti 31 dicembre 1931.

Farmacisti: Tenenti colonnelli 25 settembre 1930; Maggiori 31 marzo 1924; Primi capitani e capitani 5 maggio 1928; Primi tenenti e tenenti 14 febbraio 1930; Sottotenenti 31 dicembre 1931.

Commissioni giudicatrici dei concorsi nel corpo sanitario militare.

Con circolare n. 243 del Giornale Militare c. a. sono state nominate le commissioni giudicatrici dei concorsi per tenente medico e chimico-farmacista in s. p. e.

La Commissione per il concorso a tenente medico è così composta: maggiore generale medico Giuseppe Rizzuti, presidente; colonnello medico Alberto Santamaria, colonnello medico Giuseppe Giordano, tenente colonnello medico Virginio De Bernardinis, maggiore medico Antonio Angelini, maggiore medico Filippo Grifi, primo capitano medico Corradino Giacobbe, membri; primo capitano medico Giacomo Mazzaroni, segretario.

Il reclutamento del personale per l'assistenza climatica.

In un recente « Foglio di disposizioni » il Segretario del Partito stabilisce fra l'altro quanto segue:

Allo scopo di disciplinare il reclutamento del personale specializzato per l'assistenza climatica è necessario predisporre, con criteri unitari, i corsi indetti dagli E. O. A. e dai Fasci femminili.

I corsi dovranno essere di natura teorico-pratica e dovranno avere una durata di circa 40 giorni.

Le lezioni dovranno essere impartite da specialisti scelti sul posto.

L'orientamento base dei corsi teorici dovrà poggiare essenzialmente su argomenti di carattere medico-profilattico, igienico e terapeutico e su elementi di pedagogia. Saranno integrati, ove possibile, da dimostrazioni pratiche (specie per le malattie infettive e contagiose).

Le lezioni in linea di massima dovranno riferirsi ai seguenti argomenti: *a*) cenni di anatomia e fisiologia del corpo umano; *b*) alimentazione e fisiologia dell'apparato digerente; *c*) malattie costituzionali, malattie infettive, acute e contagiose dell'infanzia; *d*) cenni sulle malattie parassitarie degli occhi, orecchi, naso e gola; *e*) igiene generale; *f*) profilassi delle malattie infettive; *g*) igiene dell'apparato locomotore ed educazione fisica; *h*) cenni sulle malattie cutanee e del cuoio capelluto; loro profilassi; *i*) climato-elio-talassoterapia; *l*) soccorsi d'urgenza; *m*) elementi di pedagogia.

Alla fine del corso le allieve che avranno superato gli esami potranno essere assunte in servizio presso le colonie estive per un periodo di prova.

Le allieve riconosciute idonee hanno diritto al diploma di « assistente di colonia » e all'iscrizione nell'apposito ruolo dell'E. O. A.

A Roma i corsi sono stati inaugurati, al Palazzo Braschi, dal Segretario della Federazione dei Fasci di Combattimento dell'Urbe, alla presenza di circa seicento iscritte; il prof. Nazzareno Padellaro ha tenuto la prima lezione, di « elementi di pedagogia ».

Medici e scienziati francesi in visita alle istituzioni sanitarie italiane.

Sono stati ospiti in Italia, a cura del Comitato Francia-Italia, numerosi medici francesi e fra questi molte personalità scientifiche nel campo della lotta contro la tubercolosi: i proff. Maurer, Tobé, Monod, Davis, Catreille, Joly, Sivrière, De Saint-Rapt, per visitare le nostre istituzioni sanitarie e specialmente per conoscere l'applicazione della legge sull'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi attuata dal Regime fascista.

A Roma essi hanno visitato, tra l'altro, l'Istituto e clinica della tubercolosi « Carlo Forlanini », ed il sanatorio « B. Ramazzini » a Porta Furba, l'Istituto della Sanità Pubblica, l'Istituto Regina Elena per lo studio e la cura del cancro, l'Accademia di educazione fisica al Foro Mussolini, il Dispensario Regina Elena del Governatorato di Roma ecc. I singoli direttori degli Istituti stessi illustrarono ai graditi ospiti le realizzazioni attuate dal Regime delle Camicie Nere nei vari campi della lotta sociale a beneficio del popolo.

* * *

Alla presenza di un folto gruppo di scienziati italiani e della comitiva di tisiatri francesi, che è in visita alle opere antitubercolari del Regime, si è tenuta a Milano una seduta straordinaria alla Società lombarda di medicina, presieduta dal prof. Ferrata.

Una relazione fatta dal prof. Tobé di Parigi riguardava il pnemoutorace controlaterale, proposto dal prof. Maurizio Ascoli e studiato in particolar modo dal prof. Parodi e da altri.

All'interessante discussione parteciparono i proff. Parodi, Fici, Fiori, Davy, Carpi, Zoia, Ferrata, Ascoli ed altri scienziati italiani e francesi.

Medici francesi a Napoli.

Recentemente ha sostato a Napoli, proveniente dall'Egitto, il piroscafo « De Grasse », recante a bordo circa 150 medici francesi, capeggiati dal prof. Brulé della Facoltà di Parigi e dal sen. dott. Armbruster. Per il tramite del loro Consolato di Napoli avevano espresso l'amabile desiderio di scambiare un saluto con i colleghi napoletani. Si sono recati a bordo, oltre i rappresentanti del Sindacato, numerosi professionisti della città e un gruppo di giovani medici che hanno avuto a Parigi delle borse di studio: Ninni, Majolo, Donadio, Musella. Dopo l'esecuzione musicale di inni patriottici, il prof. Brulé volle rivolgere in nome dei medici francesi ai partecipanti alla elegante cerimonia, un vibrante saluto di simpatia. Il Console della Milizia, prof. U. Sorrentino, capo del Sindacato, rispose con parole felicissime. Il prof. Majolo, segretario dell'Ordine, portò il saluto dell'on. G. Salvi, presidente dell'Ordine stesso e Rettore Magnifico della Università, trattenuto temporaneamente a Roma. Parlarono anche i dottori Donadio e Musella, cui rispose il prof. Brulé. Un rinfresco e una conversazione assai cordiale intensificarono l'animazione del lietissimo convegno.

Nuovo reparto nell'Ospedale di S. Spirito in Roma.

Nel nuovo fabbricato dell'ospedale di S. Spirito in Roma è stato inaugurato un nuovo reparto che si intitola al nome glorioso di B. Ramazzini, fondatore in Italia della medicina del lavoro, e che ha lo scopo di ricoverare quei malati bisognosi di cura e di osservazione che verranno segnalati dall'Istituto Naz. Fasc. Infortuni. Questo reparto modernamente attrezzato e affidato alla direzione del dott. A. Bonadies si propone la restituzione al lavoro fecondo del maggior numero possibile di operai colpiti da infortuni e da malattie professionali; la sua istituzione, voluta dai nuovi dirigenti dell'Istituto Fascista Infortuni, è stata attuata mercè la larghezza di vedute del gr. uff. Spano, prefetto Presidente degli Ospedali, sempre pronto a realizzare quelle opere di sana politica sanitaria che rispondono ai postulati del Fascismo.

I convenuti guidati dal direttore sanitario prof. Cassini hanno visitato la sala ed i gabinetti scientifici annessi.

Sezione di medicina sociale nel Sindacato medico.

Il Sindacato Nazionale Fascista dei Medici ha costituito la Sezione tecnica di Medicina Sociale, divisa in otto Sottosezioni, formate rispettivamente da cultori: di Biologia (Sottosezione A); di Medicina del Lavoro e Infortunistica (Sottosezione B); Medicina Legale (Sottosezione C); Medicina Preventiva (Sottosezione D); Medicina Assicurativa e Mutualistica (Sottosezione E); Medicina Scolastica, Sportiva, Militare (Sottosezione F); Maternità e Infanzia (Sottosezione G); Statistica Medico-biologica (Sottosezione H).

Riunione di esercenti l'industria idro-termale.

Ha avuto luogo a Roma la riunione annuale del Consiglio direttivo della Federazione nazionale fascista degli Esercenti l'industria idro-termale, nella quale il presidente, gr. uff. Rebucci, ha presentato ai numerosi convenuti un'ampia relazione sull'opera svolta dalla Federazione dalla sua costituzione fino ad oggi. La relazione ha suscitato una diffusa ed esauriente discussione cui hanno partecipato tutti i convenuti, particolarmente in rapporto ai più importanti ed attuali problemi della categoria. Il Consiglio ha approvato unanime la relazione della presidenza, prendendo atto con vivo compiacimento dell'esaudimento di alcuni voti fatti a suo tempo dalla Federazione; ha inoltre approvato le risultanze contabili del bilancio consuntivo del 1934.

Ordinanza di Sanità marittima.

Le provenienze dai porti di Rangoon, Tavoy, Mergui, Bombay e Calcutta (India inglese) sono sottoposte alle misure contro il vaiuolo prescritte dalla Ordinanza di sanità marittima n. 1 del 12 gennaio 1930.

L'Alto commissario per la città e la provincia di Napoli ed i Prefetti delle Provincie marittime, nonchè le Capitanerie ed Uffici di porto del Regno sono incaricati della presente Ordinanza.

Commemorazione del Maimonide.

È stato solennemente commemorato a Roma, nel Collegio Rabbinico Italiano, l'8° centenario della nascita del Maimonide (Mosè figlio di Maimon), che fu scienziato, filosofo, medico, giurista di alta fama e di nobilissimi sensi. Nacque a Cordova il 30 marzo 1135 e visse nella Spagna, nel Marocco, in Palestina, in Egitto, dedito al lavoro e allo studio.

La riunione fu presieduta dal prof. Umberto Cassuto; tenne l'orazione commemorativa il prof. Artom; il dott. Sonne illustrò poi una ordinata mostra di cimeli — manoscritti e stampe — delle opere del Maimonide.

* * *

In occasione di questa ricorrenza, il Governo spagnolo ha fatto stampare un francobollo commemorativo del Maimonide.

Un po' dovunque.

L'Unione internazionale contro il cancro ha tenuto l'assemblea generale a Parigi il 3 e il 4 maggio; 40 nazioni vi erano rappresentate. Si è trattato dell'organizzazione del prossimo Congresso internazionale di lotta scientifica e sociale contro il cancro, che dovrà tenersi nel 1936.

Ricordiamo che dal 27 al 30 luglio si terrà a San Sebastiano il 7° Congresso internazionale di talassoterapia. Relatori per l'Italia saranno i dottori: R. Zanoli (Pietraligure), F. Delitala (Venezia), D. de Francesco (Lido di Venezia), Magrassi (Desenzano). Chiedere il programma al: Comité Organizada del « VII Congreso de la Asociación Internacional de Talasoterapia », plaza del Buen Pastor 20, 1°, San Sebastián-Guipúzeva, Spagna.

Come abbiamo annunziato, dal 29 maggio al 2 giugno si terrà in Bruxelles un Convegno internazionale di medici cattolici, promosso dalla Società medica belga di San Luca, San Cosimo e San Damiano. Tema: I doveri dei medici e delle associazioni dei medici cattolici nella riedificazione cristiana della società ». Rivolgersi alla segreteria della Società, due Blanche 14, Bruxelles; ovvero alla sede centrale dell'Azione Cattolica Italiana, Largo Cavalleggeri 33, Roma 145.

Il Comitato centrale permanente dell'oppio ha tenuto la sua 23ª Sessione a Ginevra dal 25 al 29 marzo. Ha rieletto presidente L. A. Lyall e vicepresidente H. L. Lay.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 29 marzo, sotto la presidenza del prof. M. Donati. Sono state fatte 7 comunicazioni.

La stessa Società si è adunata il 12 aprile, in comune con la Società Emiliano-Romagnola di Chirurgia, sotto la presidenza dei proff. M. Donati

e V. Putti. Sono state fatte 6 comunicazioni sulle splenopatie ed è stato discusso ampiamente il tema delle fratture di guerra; per questo secondo tema intervenne alla riunione la Sanità militare.

Nei giorni 19 e 20 maggio si è tenuto a Milano, nell'Aula Magna della R. Università, un convegno di antropologia e psicologia criminale, inaugurato da S. E. Solmi.

La Società Medico-Chirurgica Trevigiana si è adunata il 3 maggio, sotto la presidenza del prof. N. Lovisatti, assistito dal segretario dott. G. Bartolozzi. Sono state fatte comunicazioni dai soci: R. Cohn, D. Calzavara, C. Cella, F. Pezzato.

La Società Medico-Chirurgica Bellunese si è adunata il 13 marzo; sono state fatte comunicazioni dai soci: R. Broglio, S. Colognesi, V. Del Fabbro, G. Volpato.

Il Collegio dei Medici di Bruxelles ha organizzato una serie di conferenze dal 14 maggio all'11 giugno.

È stata portata a compimento la definitiva sistemazione delle Terme di Viterbo, che, come è noto, furono cedute cinque anni or sono dal Comune all'Opera Nazionale Dopolavoro.

Con R. D. 7 febbr. la R. Università di Firenze è autorizzata ad accettare la donazione di L. 44.000 nominali, in titoli del D. P., disposto dal sen. prof. A. Lustig e dal prof. G. Chiarugi, per concorrere con la rendita al mantenimento del periodico « Lo Sperimentale ».

Come abbiamo già detto, viene ora celebrato a Vienna il 150° anniversario della fondazione dell'Ospedale Generale; in tale occasione si svolge, dal 13 al 25 maggio, il « Festival della medicina », che comprende un'Esposizione di storia della medicina (nel Museo di storia naturale), un Congresso di medici, a carattere internazionale, e l'inaugurazione di un monumento al dott. Johann Peter Franck, il quale per primo diresse l'Ospedale Generale.

Alla presenza del Console d'Italia Di San Marzano, di numerosi soci della « Dante Alighieri », dell'« Italian Study Club » e di un foltissimo pubblico, il segretario generale della « Dante » comm. Maino ha tenuto a Denver, nel Colorado (Stati Uniti), una conferenza con proiezioni sulle bonifiche e le realizzazioni del Regime Fascista. L'illustrazione dell'imponente opera dovuta alla volontà del Duce ha provocato una calda dimostrazione di italianità.

La Regina si è recata al Policlinico di Roma per una delle periodiche visite che usa fare al V e VI Padiglione e ai due altri padiglioni sussidiari, ove attualmente sono ricoverati circa duecento malati per la cura dei postumi dell'encefalite letargica, provenienti da ogni parte d'Italia. Contemporaneamente giungeva il prof. Levaditi della Clinica Pasteur di Parigi. Il direttore del Reparto, prof. Panegrossi, ha accompagnato la Sovrana e l'illustre ospite straniero attraverso le corsie.

Ad iniziativa di un gruppo di laureati nel 1905 in Firenze, il giorno 23 giugno vi sarà una riunione di tutti coloro che in luglio e in ottobre di quell'anno 1905 hanno preso la laurea in Medicina e Chirurgia. Tutti coloro che si trovano in questa condizione e che desiderano parteciparvi sono pregati di darsi immediatamente in nota al prof. comm. Valfredo Chiodi, via San Gallo 4, Firenze, che è l'organizzatore della simpatica iniziativa.

Si ha notizia di gravi e dolorosi episodi avvenuti in Spagna, a danno di medici; il medico di Viso de Agor è stato pugnalato; il medico di Villafranca de Bierzo ha avuto la casa distrutta da un incendio provocato; la casa del medico di San Vincent de Arévalo è stata presa a sassate; il medico di El Toboso è stato assassinato dal proprio autista.

Apprendiamo all'ultimo momento la perdita del prof. GAETANO FICHERA. Dell'illustre studioso diremo in un prossimo numero.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 3 Giugno 1935 - XIII Num. 22

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DIMOSTRATIVA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA

Direttore: prof. C. LOTTI

Fenomeni di intolleranza da insulina.

Dott. DOMENICO BEGGI.

Lüttichau nel 1928 classificò i disturbi di intolleranza insulinica in tre grandi gruppi.

1° Fenomeni causati dall'aumento della tolleranza per gli idrati di carbonio. In questi casi diviene eccessiva un'unica dose di insulina poichè il tasso glicemico recede ad un limite tale da far scomparire i sintomi di ipoglicemia. Si tratta in ogni caso di fenomeni di minima entità, tuttavia più che sufficienti ad allarmare il malato ed i suoi congiunti.

2° *Crisi pseudo-ipoglicemiche.* — Oltre ai casi nei quali si manifestano i sintomi di ipoglicemia per accertata diminuzione del tenore dello zucchero ematico. Lüttichau osservò casi di ipersensibilità nei quali non si potè constatare una causa clinica. Le manifestazioni comparivano al momento della somministrazione dell'insulina e in modo tale da rendere verosimile il giudizio di ipoglicemia; però il tasso glicemico non scendeva nè prima, nè durante, nè dopo la crisi e, in alcuni casi presentati dal relatore, persino la soppressione del trattamento insulinico non fu capace di vincere la crisi.

3° *Affezioni cutanee.* — Altre reazioni di intolleranza per la insulina osservate dall'A., e confermate da molti AA. che usarono l'insulina, sono le eruzioni cutanee simili a quelle dell'orticaria che appaiono generalmente nelle zone vicine alle articolazioni e per lo più danno prurito più o meno intenso.

Lüttichau crede che queste siano reazioni anafilattiche prodotte da impurità contenute nei preparati di insulina che agirebbero come sostanze proteiche capaci di determinare i fenomeni suddetti. Tra le relazioni locali gli AA. ascrivono la eritrodermia edematosa, nodosità dolorose, ascessi sterili, infiltrazioni pseudo-flemmoniche (Stroomann).

Clifford, Barborka, hanno illustrato due casi in cui dopo l'iniezione di insulina sono comparsi nelle braccia e nelle gambe di due pazienti degli avvallamenti non accompagnati

nè da dolore, nè da tumefazione, nè rossore. Quello che maggiormente ha richiamato l'attenzione dei sopracitati AA. era la scomparsa del grasso sottocutaneo nelle zone in cui erano state praticate le iniezioni di insulina.

Wech-Sler riferisce di una donna di 47 anni affetta da diabete mellito la quale trattata con trenta iniezioni di insulina Wellcome presentò come unico sintomo di intolleranza, la formazione di infiltrati dolorosi al punto di inoculazione. Due anni più tardi un peggioramento delle condizioni generali della paziente, rendeva necessaria una nuova cura insulinica: vennero somministrate dapprima alla paziente due volte al giorno 20 cc. e poi 3 volte 22 cc. di insulina Hoechst con aggiunta di novocaina. Le prime iniezioni vennero tollerate bene e non si ebbe l'insorgenza di infiltrati. Dopo otto giorni di cura insulinica insorsero improvvisamente dapprima al punto di iniezione e poi su tutto il corpo dei ponfi pruriginosi. L'insulina venne sospesa, ma nonostante ciò gli attacchi di orticaria si ripeterono giornalmente una o più volte. Cure con bromuro, calcio, non diedero alcun giovamento.

Solo dopo un anno l'orticaria regredì lentamente.

Ogni tentativo di cura insulinica era però sempre seguita dalla comparsa di manifestazioni orticariodi. Si tentò di ottenere la scomparsa dei fenomeni di allergia mediante l'aggiunta di un prodotto pituitario e si variarono i prodotti insulinici; tutto però inutilmente. Anche l'insulina Wellcome che era stata discretamente tollerata una prima volta, non poteva essere impiegata.

Dunner e Dohrn nel 1929 durante una cura ingrassante praticata con insulina in soggetti con lesioni specifiche polmonari, hanno riscontrato una triplice reazione: arrossamento notevole nel punto dell'iniezione, riacutizzazione dei fatti polmonari, elevazioni termiche e manifestazioni orticariodi.

Mayo tra gli incidenti anafilattici da insulina ha richiamato l'attenzione sulla possibilità di eventuali fenomeni gastro-enterici simulanti a volte ulceri e appendiciti perforate.

Williams nell'aprile del 1930 ha illustrato un caso di diabete giovanile in cui è insorto in seguito a iniezione di insulina una imponente sindrome addominale con vomito di materiale acquoso verdastro, violenti dolori spastici diffusi a tutto l'addome, ventre notevolmente teso. Nel dubbio che si trattasse di un processo ulcerativo perforato, si stabilì di procedere ad un intervento laparatomico esplorativo, ma Williams ricordando anche una precedente osservazione di Mayo, appena seppe che tale sintomatologia addominale era insorta in seguito ad una precedente iniezione di insulina, credette opportuno di desistere dall'intervento, interpretando la natura dei fenomeni presentati dal paziente, come possibili reazioni allergiche da insulina.

Nel « Nucleo Messinese della Sezione Siciliana della Società Italiana di Pediatria », adunanza 12 luglio 1932, venne illustrata la storia di un lattante di 13 mesi, nutrito artificialmente, distrofico per disturbi cronici della nutrizione, il quale sottoposto ad una cura insulinica alla dose di I.U. per Kg. di peso, dopo la sesta iniezione presentò un aumento progressivo del peso che raggiunse la media giornaliera di 70 grammi colla scomparsa dei disordini intestinali. Dopo una serie di iniezioni fu fatta una sosta e poichè la ascesa del peso del bambino aveva subito un arresto, fu sottoposto nuovamente ad una cura insulinica alla dose di I.U. per Kg. di peso corporeo. Appena praticata la prima iniezione di questa seconda serie, comparve vomito, diarrea mucosa, esantema a tipo morbilliforme per tutto il corpo, polso piccolo, irregolare, sudori freddi. Tali fenomeni cessarono nella giornata senza ulteriori conseguenze. Si pensò che tali fenomeni potessero essere determinati dall'uso della insulina. Si ritenne opportuno di doverla sospendere per un certo tempo. Al 15° giorno dalla scomparsa di tale sintomatologia fu praticata un'altra iniezione di insulina alla stessa dose. Questa volta i fenomeni si ripeterono in forma più intensa.

Engelberg ha osservato un caso di orticaria localizzato al punto ove fu praticata l'iniezione d'insulina Wellcome; la stessa reazione si manifestò più tardi con insulina Lilly. Sottoponendo il paziente a sei mesi di distanza alla reiniezione d'insulina Wellcome, ha riscontrato orticaria e disturbi vascolari.

Strooman in una donna di 34 anni con achilia gastrica, nevrastenia e denutrizione, ha riscontrato *senso di prurito* al luogo dell'iniezione dell'insulina e in un altro punto la comparsa di un *ascesso*. Dopo 8 giorni dal trattamento insulinico (in tutto vennero somministrati 40 U.), e dieci giorni dopo la prima iniezione, la paziente ha cominciato a presentare *dolori addominali*, così forti da costringerla al decubito sul ventre, *orticaria di altissimo grado* con edema alla faccia, aumento delle pulsazioni, febbre, tosse, dispnea, cefalea, grande irrequietezza. Altre manifestazioni allergiche vengono riferite da Bonem, Greiff, Kraupl. I primi AA. che si occuparono di tali

manifestazioni allergiche (Hajek, Williams, Dunner, Dohorn, Strooman, Kraupl, Sooke, A. Rudy) *le ritennero dovute ad impurità proteiche contenute nell'insulina.* Anche dopo che Abel è riuscito a preparare insulina cristallizzata sono stati descritti disturbi a carattere anafilattico (Tuft).

Significative ed interessanti sono le osservazioni di Greif, il quale dopo avere analizzate le cause dei fenomeni anafilattici da lui riscontrate in tre casi di diabete, sostiene che la anafilassi da insulina sia prodotta non da impurità del prodotto, ma che *è questo come tale a determinare l'anafilassi nei soggetti a sistema nervoso vegetativo particolarmente labile.* È sorto così il concetto che l'insulina possa di per se stessa costituire un antigene specifico capace di sensibilizzare l'organismo diabetico e non diabetico.

Sulla base di importanti osservazioni di Raynaud e Lacroix, i quali riuscirono a realizzare nella cavia l'anafilassi passiva col siero di un malato che presentava intensa cutireazione positiva all'insulina, Barral e Roux, hanno proceduto a delle ricerche sperimentali sulla sensibilizzazione delle cavie con insulina commerciale purificata e non purificata e preparata con pancreas di bue. Dall'insieme delle loro ricerche hanno tratto la conclusione che *è possibile determinare sperimentalmente la sensibilizzazione anche con insulina purificata.*

Recentemente Preti ha riconfermate queste ricerche sperimentali ed il suo allievo Battistini ha potuto descrivere tipiche manifestazioni anafilattiche in due donne sottoposte a terapia insulinica e dopo una serie di diligenti ricerche sulla natura dei fenomeni rilevati, è venuto alla conclusione *che l'insulina può costituire un antigene specifico capace di sensibilizzare in senso anafilattico l'organismo animale.*

Nel settembre del 1933, Salvatore Fiandaca ha descritto i fenomeni anafilattici osservati in una paziente affetta da diabete mellito nel corso di un trattamento insulinico e ha fatto rilevare la rarità di tali manifestazioni.

Le cutireazioni da lui eseguite con insulina di diverse provenienze, con estratti di pancreas desinsulinizzati e con estratto corticosurrenale Richter, adoperato nella fabbricazione del preparato insulinico usato dall'inferma (Ilogenina), sono state positive soltanto per alcune delle insuline adoperate.

Il trasporto passivo (prova Prausnitz e Kustner) è riuscito solo con le insuline: Ilogenina, Allen Hamburys e Roche. Il trasporto passivo agli animali (conigli), la prova di Walzer eseguita con pancreatina di Erba, le prove sierologiche sono state completamente negative. È stato possibile all'A. ottenere la desensibilizzazione con iniezioni molto diluite di insulina.

Nonostante le numerose applicazioni terapeutiche dell'insulina, l'evenienza di fenomeni anafilattici è piuttosto rara e la ragione di ciò consiste nel fatto che abitualmente l'insulina, come giustamente ha rilevato Preti, viene somministrata col metodo delle iniezioni subentranti.

Tra gli ammalati da noi sottoposti a insulinoterapia, solo in un caso ci è stato possibile riscontrare imponenti manifestazioni a tipo orticarioide diffuse a tutto il corpo, più intense alla faccia e agli arti inferiori. Ci è sembrato interessante l'illustrazione di questo caso clinico in quanto lo stesso ammalato presentava anche imponenti edemi alla faccia ed al collo e per le osservazioni fatte sul tentativo di desensibilizzazione specifica.

P. Marino, di anni 23, coniugato con prole, commerciante, da Pisa.

Nulla di notevole nei precedenti ereditari e personali. Ha goduto buona salute fino ai primi di gennaio del 1932. In tale epoca cominciò ad avvertire senso di astenia, fame e sete intensa, poliuria (circa 6 litri nelle 24 ore). Venne allora constatata glicosuria per cui fu sottoposto a cura adeguata. La mattina del 13 marzo venne ricoverato d'urgenza nel nostro Istituto per coma diabetico. Sottoposto ad un'intensa cura insulinica (Wellcome) e di alcalini, si riprese del coma e dopo circa due mesi di degenza venne dimesso.

Torna alla nostra osservazione nei primi giorni di settembre del 1933 perchè una otite aveva complicato il decorso del diabete.

Non si riscontra nulla di notevole a carico dei vari organi. Pmx. 150, Mn. 80. Quantità orine 2000; Ps. 1024; Glicosuria 12,6 ‰; Acetone assente; Acido diacetico assente.

Globuli bianchi 5.500; Globuli rossi 5.500.000. Formula leucocitaria: Pol. neutrofili 65 %. eosinofili 2 %, basofili 1 %, linfociti 28 %, monociti 4 %.

Il paziente che nelle sue precedenti cure aveva fatto uso di insulina Wellcome, due giorni dopo il suo ingresso nell'Istituto cominciò la terapia insulinica adoperando il prodotto della Casa Serono. Alla distanza di 40 minuti dalla iniezione di 12 U. d'insulina Serono, il paziente cominciò ad accusare malessere, aumento notevole della frequenza del polso (130), vertigini, tremori, dispnea intensa, caduta della pressione arteriosa, conati di vomito. Un'ora dopo l'insorgenza di questi disturbi, si è avuta la comparsa di manifestazioni cutanee caratterizzate da un marcato arrossamento diffuso a tutta la regione glutea in cui era stata praticata l'iniezione d'insulina. In corrispondenza del punto d'iniezione, la cute si mostrava infiltrata, un po' rilevata, rossastra e contemporaneamente si è avuto la comparsa di numerosi pomfi diffusi a tutto il corpo accompagnati da vivo prurito. Erano risparmiate le mani e le piante dei piedi.

Sulla faccia abbiamo riscontrata la presenza di edemi indolenti, con grosse macchie eritematose, pruriginose e rilevate, a contorni irregolari. Queste manifestazioni cutanee sono scomparse nel termine di 5 ore, sono persistiti invece per più tempo gli edemi (vedi fotografie N. 1 e N. 2).

Pensando che il Paziente fosse stato sensibilizzato all'insulina che gli era stata iniettata precedentemente, abbiamo voluto procedere a qualche ricerca per meglio interpretare i fenomeni presentati dal paziente. Le ricerche vennero eseguite sul sangue e sulla pressione arteriosa un'ora dopo



FIG. 1.

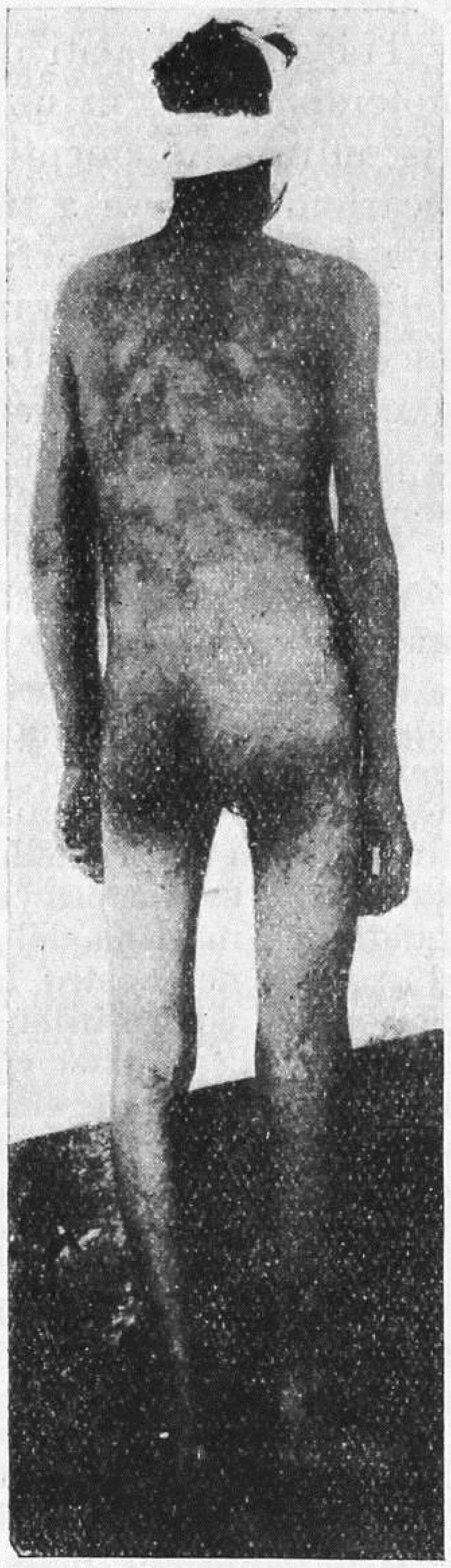


FIG. 2.

l'iniezione di insulina Serono e quando più imponenti erano i fenomeni vasomotori e cutanei.

Esame morfologico del sangue: Gl. b. 4250; Gl. rossi 5.170.000.

Formula leucocitaria: Pol. neutrofili 58 %, eosinofili 8 %, basofili 2 %, linfociti 29 %, monociti 3 %.

Tempo di coagulazione: inizio al 3' m' fino 11' m'.

Retrattibilità del coagulo: 3 h.

Pressione arteriosa (Pachon): Mx. 100, Mn. 60.

Ben volentieri avremmo voluto effettuare altre prove con insulina di diversa provenienza, ma i disturbi presentati dal paziente erano tali da non consentirci ulteriori esperimenti.

Per escludere che nel paziente la sensibilizzazione fosse da riferirsi ad eventuali impurità proteiche, abbiamo ricorso, come hanno fatto i precedenti autori che si sono occupati di queste ricerche, ad estratti pancreatici disinsulinizzati (*Angioxil-Astenil*). La introduzione parenterale di queste due sostanze, non ha determinato nel nostro paziente nessuna reazione degna di nota. Ad avvalorare maggiormente l'ipotesi che l'insulina come tale e non per la presenza di impurità proteiche, avesse provocata la sensibilizzazione, abbiamo praticato al paziente con la tecnica a tutti ben nota, delle intradermoreazioni sull'avambraccio con diverse insuline e con estratti pancreatici disinsulinizzati.

Nei punti delle intradermoreazioni praticate con la insulina Roche, Leo, Zanoni, Erba, ben presto si è avuto la comparsa di ponfi più o meno rilevati ed aree circoscritte più o meno arrossate e infiltrate.

Tali manifestazioni si sono manifestate, sebbene in grado minore, nella intradermoreazione fatta con la insulina Wellcome, insulina con la quale era stato trattato l'ammalato fino al giorno del suo ingresso nell'Istituto.

L'intradermoreazione praticata con l'insulina Serono ha dato luogo nel punto d'iniezione ad un'area arrossata con un ponfo ben rilevato.

Decisamente negative le intradermoreazioni praticate con estratti pancreatici disinsulinizzati.

Per completare le nostre ricerche, abbiamo voluto eseguire anche dei tentativi di trasporto passivo eterologo degli anticorpi del paziente ai conigli. A tale scopo abbiamo iniettato intradermicamente in un orecchio di 5 conigli cmc. 0,1 di siero del paziente e dopo 24 ore venivano iniettate nello stesso punto alcune goccie di insulina (Wellcome-Serono-Roche-Leo-Zanoni) diversa per ciascun coniglio. Nell'altro orecchio si stabiliva il controllo iniettando cmc. 0,1 di siero del paziente **più** alcune goccie di estratti pancreatici disinsulinizzati. Nell'orecchio dei conigli in cui abbiamo iniettato siero più insulina (diversa per ogni coniglio e cioè Leo-Zanoni e Roche) alla distanza di 7 ore abbiamo riscontrato un leggero grado di infiltrazione.

Nel coniglio in cui abbiamo iniettato siero più insulina Serono si è avuta la comparsa di un edema più marcato e l'orecchio dell'animale, così trattato, era cadente. L'orecchio trattato con siero del paziente più insulina Wellcome ha dato una reazione scarsa.

Nessuna reazione si è avuta a carico dell'orecchio in cui abbiamo iniettato siero del paziente più estratti pancreatici disinsulinizzati. Nell'intento di meglio accertare la natura delle manifestazioni presentate dal paziente e per vedere se era possibile vincere il suo stato di ipersensibilità all'insulina, più evidente con l'uso di quella Serono, abbiamo proceduto a dei tentativi di desensibilizzazione specifica.

Per questo tentativo diagnostico e terapeutico, abbiamo seguito la tecnica illustrata da Schill e abbiamo iniettato intradermicamente al paziente a giorni successivi, in un primo tempo cmc. 0.2 di insulina Serono alla diluizione di 1/10.000 aumentando progressivamente la concentrazione. Abbiamo riscontrato reazioni locali nei punti dell'intradermoreazione fino ad una diluizione 1/300. Allorquando non abbiamo più riscontrato edema, nè prurito, nè rossore al punto dell'intradermoreazione, abbiamo cominciato ad iniettare insulina Serono per via sottocutanea, da prima sommini-

strando cmc. 0,4 diluita al 1/3000 e si è avuto prurito al punto di iniezione. Introducendo cmc. 0,2 d'insulina Serono diluita a 1/3000 non abbiamo avuta alcuna reazione.

Abbiamo allora intrapreso il trattamento ipodermico con insulina Serono diluita 1:2000 partendo da cmc. 0,4 il primo giorno e abbiamo notato arrossamento e prurito al luogo dove fu praticata l'iniezione. Il secondo giorno abbiamo iniettato cmc. 0,4 d'insulina Serono diluita a 1:1000 con scarsa reazione locale, al terzo giorno è stata praticata una iniezione di cmc. 0,4 d'insulina Serono diluita a 1:500. Non avendo riscontrato al terzo giorno dall'inizio del trattamento ipodermico alcun fatto degno di nota, abbiamo cominciato a somministrare insulina a seconda del bisogno del paziente che alla fine del dicembre 1933, epoca della sua uscita dall'Istituto tollerava iniezioni d'insulina Serono anche a forti dosi senza presentare disturbi nè locali nè generali.

Il paziente torna al nostro Ambulatorio nell'aprile del corrente anno con glicosuria al 16 ‰, glicemia 2,80 ‰ e nulla di notevole agli organi interni.

Ci riferisce che durante i cinque mesi di permanenza a domicilio si è sottoposto ad un disordinato regime dietetico e saltuariamente ha eseguito iniezioni di insulina Wellcome.

Ricordando i fenomeni cutanei e vasomotori presentati dal paziente nel dicembre del 1933 in seguito ad iniezioni di insulina Serono ed avendo letto l'interessantissimo lavoro di Pasteur, Vallery-Radot, G. Mauric ed A. Hugo, sulla « Desensibilizzazione » abbiamo voluto vedere se la desensibilizzazione specifica ottenuta dal paziente nel dicembre del 1933 era temporanea o permanente. Abbiamo a tale scopo introdotti intradermicamente cmc. 0,2 di insulina Serono alla concentrazione di uno per 10.000. Nel punto di iniezione è ricomparso prurito, rossore, leggero grado di edema. Pensando di trovarci sempre di fronte ad un soggetto sensibilizzato e per evitare al paziente dispiacevoli incidenti ci siamo limitati all'introduzione per via ipodermica di cmc. 0,4 di insulina Serono alla concentrazione di 1/1000. A breve distanza dall'iniezione, abbiamo assistito ad un arrossamento con prurito nella regione glutea e pomfi pruriginosi diffusi a tutto il corpo.

Le ricerche eseguite sul sangue e sulla pressione arteriosa subito dopo la somministrazione di insulina Serono, ci hanno rivelati chiari segni di una vera e propria crisi emoclasica: Leucopenia, inversione della formula leucocitaria con modica neutropenia ed eosinofilia; ritardo della retrattibilità del coagulo, aumento del tempo di coagulazione, ipotensione.

Avremmo ben volentieri tentata la somministrazione delle altre insuline per via ipodermica, previa intradermoreazione per ciascuna insulina, se il paziente non si fosse opposto a questo nostro tentativo per il timore di eventuali fastidi.

Questa nostra osservazione clinica concorda pienamente con quanto Pasteur, Vallery, G. Mauric, A. Hugo, hanno sostenuto sui metodi di desensibilizzazione specifica che farebbero scomparire per un periodo di tempo più o meno prolungato i fenomeni clinici, ma lo stato di sensibilizzazione biologica persisterebbe, come lo dimostrerebbero sia la persistenza della cutireazione, sia la presenza della reazione di Prausnitz-Kustner. Ciò vuol dire che introducendo ripetutamente nell'organismo l'agente nocivo non si è desensibilizzato quell'organismo ma si è soltanto abituato.

Infatti se dopo trascorso qualche tempo, come abbiamo fatto noi con l'insulina Serono, in cui si è lasciato l'organismo così desensibilizzato, senza aver più contatto con l'antigene, si introduce di nuovo questo nel detto organismo, esso riacquisterà immediatamente la sua ipersensibilità clinica.

La sensibilizzazione era dunque soltanto mascherata, le somministrazioni ripetute dell'antigene, avevano soltanto abituato l'organismo; cessata l'abitudine a causa dell'assenza temporanea dell'antigene, le manifestazioni di ipersensibilità si presentano di nuovo in presenza di questo. Gli AA. sopra citati a sostegno di questa loro asserzione che avrebbe nell'illustrazione del nostro caso una conferma, citano varî e chiari esempi tratti dalla loro lunga esperienza clinica.

Per brevità e per ragioni di analogia col nostro caso, noi non li ricorderemo tutti, ma riportiamo la storia clinica di una donna citata dagli autori francesi sensibilizzata con l'antipirina. Con la somministrazione quotidiana di questa sostanza a dosi sempre crescenti sembrò essersi ottenuta la completa desensibilizzazione della paziente: tenuta per 43 giorni senza ingerire antipirina, al 44° giorno, le si somministrò un grammo del medicinale, e riapparvero subito i sintomi cutanei di sensibilizzazione. Allora si cercò di desensibilizzare nuovamente la paziente usando non più la somministrazione di piccole dosi crescenti, ma di dosi quotidiane di gr. 1 ciascuna. La donna riuscì a tollerare di nuovo il medicinale ma se per due giorni si sospendeva la somministrazione, l'intolleranza si ripresentava.

Ben volentieri abbiamo riportato le moderne vedute di questi AA. francesi sulla desensibilizzazione, vedute che contribuiscono sempre più a chiarire i fenomeni dell'ipersensibilità. Questo abbiamo fatto ben ricordando il contributo della Scuola italiana su tale argomento (Frugoni e allievi).

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver accennato ai fenomeni di intolleranza che si possono verificare nei diabetici durante il trattamento insulinico, illustra un caso in cui si è avuta la comparsa di imponenti manifestazioni orticarioidi e di edemi alla faccia ed al collo. Le intradermoreazio-

ni praticate con l'insulina Roche, Leo, Zanoni, Erba furono tutte positive e quella praticata con insulina Serono ha dato luogo nel punto d'iniezione ad un'area arrossata con un ponfo ben rilevato. L'introduzione parenterale di estratti pancreatici disinsulinizzati (angioxilastenil) non ha determinato nel paziente nessun fenomeno d'intolleranza.

Il trasporto passivo agli animali (conigli) è riuscito positivo con tutte le insuline usate e specialmente con quella Serono, mentre si ebbe risultato negativo con gli estratti pancreatici disinsulinizzati. Con iniezioni d'insulina Serono molto diluita è stato possibile ottenere una desensibilizzazione temporanea.

BIBLIOGRAFIA.

1. ALLEN F. N. AND CONSTAM. Med. Clin. North America, 1929, n. 12, pag. 1677.
2. ALLEN F. N. and SCHERER L. R. Endocrinology, 1933, n. 16, pag. 417, 815.
4. *Anafilassi*. Pubblicazioni a cura dell'Istiuto Sieroterapico Milanese, 1933.
5. BATTISTINI. La Clinica Medica It., febbraio 1932, pag. 125.
6. BARAL e ROUX. C.R.S.B.T., 106, 1931, pag. 292.
7. BONEM. München. Med. Woch., 1929, pag. 1925.
8. COCA et LEVINE. Citati da FRUGONI e ANCONA. *L'asma bronchiale*, 1927.
9. COCKE. Id. c. s.
10. DUKE W. W. Journ. of the Am. Med. Ass., t. LXXXIII, 924, pag. 3-9.
11. DUNNER e DOURN. Med. Klin., n. 28, 929, pag. 1952.
12. FOESTER E. Med. Klin., 1926, n. 1, pag. 846.
13. FIANDACA. Riforma Medica, n. 38, 23 settembre 1933.
14. GAUTEIER C. e JOLTRAIN. Bull. et Mém. de la Soc. des Hôp., Paris, 1930, pag. 123.
15. GIROUD PAUL. Thèse, Paris, 1926.
16. GLEY e KIESHINOS. Presse Méd., n. 79, ottobre 1929.
17. ID. ID., C.R.S.B.T.C., pag. 396.
18. ID. ID. Presse Méd., n. 30, aprile 1930.
19. GREIFF. Klin. Woch., 17 ottobre 1931, pagina 1955.
20. GREVENSTUK e LAQUEUR. J. F. B. Lehmann, 1925.
21. HAJEK. The Journ. Amer. Ass., 17 gennaio 1931, pag. 193.
22. KARR W. C. Kreiker v. A. Schull C. W. Am. Journ. Med. Sc., 1931, n. 181, pag. 293.
23. KAUFFMANN. Deut. Med. Woch., 1930, p. 1855.
24. KRAUPEL (Eichwald C. S. R.). Münch. Med. Woch., n. 32, 1933.
25. JACOBY. Deut. Med. Woch., 1924, pag. 138.
26. LANGERROU J. Les Sciences Méd. de Lille, 2-9 e 16 ott. 1928.
27. LARSEN NILS, ROYGE PADDOCK H. L. ALEXANDER. J. of Immunology, vol. VII, n. 2, 1922, pag. 81.
28. LASESOHN e RICHMOND T. Journ. Am. Med. Ass., 19 july, 1930, pag. 199.
29. LEHNER e RAIKA. Klin. Woch., sett. 1929, pagina 1724.
30. LEHNER E. Klin. Woch., t. VIII, 1929, pagine 306-309.
31. LONGCOPE. Journ. Am. Med. Ass., t. LXXVI, 1921, pag. 1535-1541.
32. LUSTIG. *Malattie infettive*, II Ed.
33. LUSTIG e GALEOTTI. *Patologia generale*, VII ed., 1928, 1929.
34. MAINGE J. Münchener Med. Woch., n. 40, 4 ottobre 1929.
35. PARISOT et SIMONINI. Réunion Dermat. de Nancy, mag. 1923, pag. 29.
36. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC, A. HUTO. Presse Méd., n. 36, 14 aprile 1934.
37. PASTEUR WALLERY, RADOT et. P. BAMONTIER. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, Seance du II dec. 1931. Bullettin n. 35, pag. 1907.
38. PASTEUR WALLERY, RADOT et T. BAMONTIER. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, Seance du 29 juin 1928. Bullettin 23, pag. 1122.
39. PASTEUR, WALLERY, RADOT et J. HAGUENAU. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp., 1921, p. 1251.
40. PRETI. Atti del Congresso di Medic. Interna, Roma, 1931.
41. Idem. c. s., 1932.
42. REH. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp., 1927, pag. 1415.
43. RONDONI. *Biochimica*, 1927.
44. RUDY A. The New England Journal of Méd., 1932, Boston.
45. Id. c. s., 1931, n. 204, pag. 791.
46. SCHILL. Therapie der Gegenwart, aprile 1931, pag. 147.
47. STROOMAN. Med. Klin., n. 41, ott. 1930.
48. TRABAU et CHARPENTIER. Bull. et Mém. de la Soc. des Hôp., 1923, pag. 466.
49. TUFF. Amer. J. Med. Soc., 176, 1928.
50. WECHSLER L. Endocrinologia, nov.-dic., 1933.
51. WIDAL, ABRAMIE JOLTRAIN. Presse Méd., 22 aprile 1922.
52. WIDAL e PASTEUR WALLERY-RADOT. Gaz. des Hôp., I, 3, mar. 1921.
53. WORINGER P. Revue fr. de Pediatr., tom. VIII, n. 6, 1932, pag. 649-74.
54. WILLIAMS. Journal Am. Med. Ass., apr. 1930, pag. 1112.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal Prof. CESARE FRUGONI.

Su di una particolare intolleranza alla vaccinoterapia endovenosa in un caso di febbre melitense a decorso atipico

per il dott. ETTORE LIVERANI.

Ritengo utile comunicare il seguente caso di febbre mediterranea osservato recentemente nella nostra Clinica per le rare complicazioni morbose presentate e per una particolare intolleranza alla vaccinoterapia specifica endovenosa che in questi ultimi tempi ha assunto un'importanza assai ragguardevole nella cura di questa affezione.

Storia clinica. — L. Martino, a. 26, contadino, da Cineto Romano. Entra in Clinica il 15-III-1934.

Anamnesi famigliare. — I genitori del paziente sono vivi e sani. La madre ha avuto cinque gra-

vidanze tutte condotte bene a termine. Due nati morirono in tenera età per malattie imprecisabile; gli altri due fratelli godono ottima salute. Nei collaterali e negli ascendenti paterni e materni non esistono tare tubercolari, sifilitiche ed alcooliche.

La moglie del nostro paziente è febbricitante da diversi mesi e le è stata da noi riscontrata agglutinazione positiva ad alto titolo per la melitense.

L'unico figlio del paziente ha otto mesi; ha avuto allattamento materno e sembra immune dall'affezione materna, poichè è apparentemente sano e presenta una agglutinazione negativa per il gruppo melitense.

Anamnesi fisiologica. — La nascita, la detenzione, fonazione, deambulazione si svolsero secondo la norma fisiologica; pure lo sviluppo somatico e psichico furono regolari essendo il malato cresciuto in ambiente sano e con sufficiente alimentazione. All'infuori dell'epoca corrispondente al servizio militare che prestò nell'arma di artiglieria a Piacenza, ha sempre abitato il suo paese d'origine, Cineto Romano, ove fin dall'infanzia esercita il mestiere di contadino. Tale località è infestata da una epidemia di febbre mediterranea, da micrococco di Bruce, come è provato da una diffusa zoppia di capre e da ricerche culturali batteriologiche eseguite nella nostra Clinica. Le abitudini di vita del nostro paziente sono delle più semplici e moderate: solo occasionalmente beve qualche bicchiere di vino, non fuma.

Anamnesi patologica remota. — All'età di 2, 5 e 6 anni ha sofferto rispettivamente di morbillo, scarlattina e varicella, tutte sopportate bene ed altrettanto facilmente e rapidamente guarite. Ripetutamente interrogato se ha notato mai fenomeni emorragici, ricorda solo che dall'età di 8-10 anni fino a quella di 14-15, quando l'estate seguiva il padre nei lavori dei campi sotto la sferza del sole, di tanto in tanto andava soggetto ad epistassi a volte copiose, a volte lievi. All'infuori di ciò, nega recisamente di essere mai stato malato comprendendo in questa affermazione anche la risposta all'inchiesta su eventuali malattie sessuali.

Anamnesi patologica recente. — L'attuale malattia ha esordito nel maggio 1933 con un periodo di febbre di cui il paziente non ricorda i caratteri, ma che denuncia come simili a quelle di cui diremo in seguito. Tale primo periodo febbrile che fu di 14 giorni fu susseguito da un intervallo di completo apparente benessere fino al settembre dello stesso anno. In tale epoca il paziente ebbe dapprima sensazione di vago malessere, con astenia e deperimento delle forze; si accorse in seguito di avere anche modiche elevazioni febbrili specie al mattino ed alla sera. La febbre serotina era più elevata, durava 4-5 ore, era a volte preceduta da leggero brivido e modica sudorazione che durava tutta la notte. Si mise di conseguenza a letto, si purgò ripetutamente attenendosi ad un'alimentazione leggera, ma senza alcun risultato. Ricorse allora all'opera di un medico che lo giudicò affetto da pleurite e nonostante il paziente non avvertisse alcun disturbo a carico del torace gli consigliò supernutrimento e cure ricostituenti.

Le sue condizioni però peggiorarono, poichè alle elevazioni febbrili che erano divenute solo serotine, si aggiunsero dolori violenti addominali che si accompagnavano a ripetute scariche diarroiche, costituite in gran parte da ammassi muco sanguinolenti, che il paziente spontaneamente descrive simili a gelatina o chiara d'uovo cruda colorata di sangue, accompagnate da premiti, tenesmo e forte bruciore all'ano. Tali disturbi diarroici durarono intensi per circa una diecina di giorni, mentre le febbri continuavano modiche, serotine, regolari.

Si trascinò così fino ai primi di dicembre, fintanto che si decise a recarsi all'ospedale del paese vicino al suo, ove sostò undici giorni per tornarsene a casa con la diagnosi generica di infezione intestinale e sempre con le stesse febbri. Si attenne in seguito ad una dieta rigorosa e finalmente dopo tre mesi di stato febbrile si credette sulla via definitiva della guarigione, essendo completamente sfebbrato.

Senonchè dopo una quarantina di giorni non sembrandogli di avere riacquistate le forze e con esse intera la primitiva salute, ricorse nuovamente ad un medico anche per una copiosa rinorragia che richiese tamponamento.

Gli fu consigliata una serie di iniezioni intramuscolari di gluconato di calcio, che appena cominciò e subito sospese, avendo attribuito a questa cura la ripresa di dolori addominali che erano seguiti da diarrea muco-sanguinolenta e di temperatura elevata. Dopo pochi giorni questo stato si complicò alla comparsa di chiazze emorragiche sottocutanee diffuse a tutta la superficie corporea della grandezza da un grano di miglio ad una lenticchia, non dolorose, non circondate da edema, non pruriginose nè desquamanti.

Contemporaneamente i dolori addominali e la diarrea si attenuarono per poi scomparire.

Per lo stato emorragico della cute, la ripresa della febbre e le sue cattive condizioni generali, l'a. entra in Clinica ancora ignaro della natura ed entità della sua malattia.

Esame obiettivo. — Individuo di seconda costituzione morfologica di De Giovanni con note toraco-addominali della terza. Il decubito è indifferente, l'aspetto calmo e rassegnato, la psiche tranquilla.

Nulla vi è da rilevare a carico dell'apparato scheletrico ed articolare. Le masse muscolari sono bene sviluppate, un po' ipotoniche; il pannicolo adiposo è conservato per quanto appaia diminuito dalla abbastanza facile sollevabilità in pieghe della cute che è bianca, liscia, leggermente umida ed elastica. A carico di questo apparato sono da notare numerose petecchie emorragiche con prevalente sede agli arti inferiori, ai superiori ed all'addome, della grandezza varia da un grano di miglio a quella di una lenticchia. La cute in corrispondenza di esso non è alterata nè sollevata, nè dolente. Il colore di queste formazioni emorragiche varia dal rosso vivo al bluastro, sfumato di una tinta giallo-verdastra ai margini.

Il sistema pilifero è normalmente sviluppato.

Il polso ha una frequenza di 86 al minuto, è un po' molle, ritmico, eguale. La pressione massima si aggira sui 110 e quella minima sui 65 mmHg.

La temperatura ascellare 38.4; l'azione respiratoria è tranquilla, ritmica e si svolge 22 volte al minuto primo.

Esami regionali. — *Capo* di conformazione dolicocefala, mobile in tutti i sensi ed indolente

tanto alla palpazione superficiale che alla percussione. Anche la esplorazione dei seni facciali e dei vari punti di emergenza dei nervi cranici è praticamente normale. Normale è la statica, la dinamica, la reflettività congiuntivale e corneale degli occhi; pure i riflessi alla luce ed all'accomodazione sono in condizioni fisiologiche.

Bocca. — Le mucose sono piuttosto pallide; le gengive hanno un colorito un poco cianotico e sono facilmente sanguinanti. I denti sono sani.

La lingua è umida, piuttosto pallida, detersa, sporge in asse dalla rima orale, non presenta tumori.

Alla faccia interna del labbro inferiore si notano diverse suffusioni emorragiche confluenti.

Retrobocca, ugola, faringe e tonsille normali.

Il collo è cilindrico, non presenta nè impedimenti alla motilità attiva e passiva, nè alterazioni patologiche di sorta a carico delle ghiandole, dei vasi superficiali e profondi, della tiroide. Non segni tracheali aortici.

Il torace è simmetrico, abbastanza elastico e di conformazione piuttosto cilindrica. Le fosse sopra e sotto claveari e quelle sopra e sotto spinose sono poco evidenti. Non punti dolenti di Vallex, in corrispondenza degli spazi intercostali o del tratto dorsale della colonna. La palpazione è in tutto l'ambito normale. Alla percussione tanto gli apici polmonari che le basi si delimitano in sede fisiologica. Queste ultime hanno una buona escursione respiratoria.

Ascoltatoriamente il murmure è un poco affievolito alle basi ove si ascolta qualche raro rumore da spiegamento.

Cuore: nulla si rileva all'esplorazione della regione precordiale. Alla palpazione si percepisce appena l'itto puntale nella posizione supina in corrispondenza del V spazio intercostale lungo la mammillare. Nei movimenti di lateralità l'itto puntale si sposta. Non fremiti. Alla percussione si delimita la punta ove sopra si è detto. Il tratto orizzontale ed il diametro obliquo sono un poco aumentati, come pure lungo la parasternale si delimita il limite destro. Ascoltatoriamente si nota una lieve velatura del 1° tono alla punta ed un lievissimo rumore diastolico di soffio dolce lungo lo sterno, specie se si fa espirare fortemente il malato.

Addome: Addome leggermente meteorico, con cicatrice ombellicale normalmente infossata. Non segni di versamento libero nel cavo addominale. La palpazione anche profonda è indifferente.

Fegato: in alto arriva al 5° spazio; in basso deborda di circa tre dita dall'arcata, liscio, leggermente dolente, regolare.

Milza: In alto arriva al 7° spazio lungo l'emiclaveare, in basso deborda di circa 2 dita, non molto dura, indolente, regolare.

Esame del sistema nervoso: tutti i riflessi superficiali e profondi sono normali; normale la sensibilità. Non riflessi patologici.

L'*apparato linfoghiandolare* è pressochè normale.

Decorso clinico: All'ingresso in Clinica il malato presenta un esame delle urine praticamente normale essendovi in esse solo lievi traccie di urobilina ed una eliminazione di cloruri del 3,48 per mille.

L'esame emocromocitometrico ed istologico del sangue dà i seguenti risultati:

Hb. 61; Gl. rossi 3.300.000; V. G. 0,92; Gl. B. 400; Granul. Neutr. 31; Gr. E. 2; Gr. B. 0; Monociti 14; Linfociti 53; Piastrine 120.000.

Tempo di emorragia 7'.

Tempo di coagulazione 6'.

Prova del laccio: intensamente positiva.

Prova del martello: positiva.

Resistenza globulare: Mx. 0,38; Mn. 0,46.

Azotemia 0,20 ‰.

Cloruremia 5 ‰.

Pressione vascolare al R. R.: Mx. 100; Mn. 65.

Cutireazione alla tubercolina: legg. positiva.

Reazione di Wassermann: negativa.

Siero-agglutinazione: tifo, paratifo A e B: negative; melitense: positiva 1:800 (granulare positiva fino 1:1600).

Esame coprologico: negativa la ricerca dei parassiti intestinali; sangue ricercato col reattivo di Weber: presente.

L'ammalato accusa ripetutamente nella giornata dolori addominali seguiti da scariche diarroiche che in varii periodi esaminate rivelano sempre presenza di sangue.

Il decorso febbrile nei primi quindici giorni di degenza si mantiene al disotto dei 38° e l'esame culturale del sangue dà sempre esito negativo.

Alla fine di questo periodo si inizia la vaccinoterapia endovenosa antimelitense con una dose di 10.000.000 di germi che provoca scarsa reazione febbrile (38°); il giorno seguente compaiono cefalea ed epistassi che dileguano nella giornata.

Alla seconda iniezione praticata alla distanza di quattro giorni con 20.000.000 di germi la reazione febbrile è sempre scarsa (38°,6); però dopo 24 ore insorge nuovamente epistassi abbondante per cui si ricorre ad iniezioni di coaguleno.

Gli stessi fenomeni si verificano alla terza iniezione di 40.000.000 che provoca una reazione termica di 39°,9.

A distanza di altri 5 giorni si ripete l'iniezione di vaccino con la stessa dose precedente ed il giorno seguente compare intensa ematuria macroscopica, albuminuria del 2 ‰ che nei giorni successivi sale fino al 3,70 ‰.

Nel sedimento si notano numerosissimi globuli rossi e bianchi ben conservati, cilindri granulosi ed urati amorfi. Tale stato di cose non accenna a diminuire nei giorni seguenti, anzi si complica ad ipertensione vascolare (Mx. 155; Mn. 94) e ad una elevazione dell'azotemia fino a 1,26 ‰. Contemporaneamente si innalza la cloruremia fino al 7,50 ‰ e compaiono edemi generalizzati con versamenti cavitari anasarcatici pei quali in pochi giorni il peso del malato aumenta di 10 kgr., mentre l'eliminazione giornaliera di urina diviene assai scarsa.

Essendo divenuti minacciosi i sintomi uremici si ricorre ad un salasso, a bagni di Bier ed a diuretici che attenuano la sindrome. Dopo nove giorni di intervallo, nel concetto di una nefrite da micrococco, si reputa opportuno insistere nella terapia vaccinica, tanto più che la temperatura tende di nuovo ad assumere quell'aspetto subfebbrile che è sempre stato caratteristico di tutta la malattia. L'iniezione di 40.000.000 di germi determina reazione termica di 39°,1 e, questa volta dopo due ore, un'intensa ematuria con un aumento giornaliero del corpo di 4 kgr. L'esame delle urine mostra la presenza di rari cilindri ialini e

granulosi ed un'albuminuria del 2-2,10 ‰. Le condizioni renali e generali del malato si mantengono gravi per alcuni giorni quantunque la temperatura sia subito scesa sotto il limite massimo fisiologico. La pressione si mantiene sui 150, la cloruremia sui 9,40 ‰ mentre l'azotemia bruscamente è scesa a 0,51 ‰. In seguito l'ematuria diminuisce gradatamente e con essa il peso corporeo.

Però ricompaiono nello spazio di 15 giorni nuove puntate febbrili che crescono di un grado ogni giorno.

Ad un mese di distanza dall'ultima iniezione di vaccino il peso corporeo è tornato quello di prima, la cloruremia è notevolmente più bassa, come pure l'albuminuria, ma lo stato pressorio ed il reperto microscopico urinario non nascondono lo stato del rene; l'azotemia sembra essersi stabilizzata sul 0,50-0,60 ‰. In tale epoca compare orchiepididimite destra, che però ben presto comincia a diminuire di intensità.

In tale periodo di tempo essendo scomparsi gli edemi si praticano le prove renali della diluizione e della concentrazione. La prima mostra un alto grado di isostenuria variando la densità da 1003 a 1007 con una eliminazione buona, come pure la seconda che con una eliminazione di 630 cc. in 2 ore presenta una variazione di densità minima (1010-1013).

Passano così 36 giorni dall'ultima iniezione, la febbre è tornata e le condizioni del rene sono ancora solo microscopicamente alterate. Si pratica allora una prima iniezione endov. di vaccino contenente solo 5 milioni di germi e nulla di grave succede; così pure avviene per la seconda da 10 milioni, mentre per la terza da 15 milioni, di nuovo, dopo 24 ore, compare intensa ematuria, con ripresa dell'albuminuria. Per fortuna questa volta la caduta della temperatura è costante; i fatti renali rapidamente regrediscono, la pressione dopo quindici giorni da questa ultima iniezione è di 114/70 e l'azotemia di 0,40 ‰ ed il malato, dopo altri 15 giorni di degenza, esce dalla Clinica completamente ristabilito.

***

Le affezioni che possono essere poste in discussione nella risoluzine del problema diagnostico non sono molte nè difficilmente eliminabili, se teniamo presente l'insieme degli elementi anamnestici e di laboratorio che abbiamo sott'occhio.

Accenniamo alla discussione del caso magistralmente illustrato in una lezione clinica dal Maestro: riassuntivamente ci troviamo di fronte ad un malato febbricitante da molti mesi con manifestazioni emorragiche cutanee, intestinali e renali, epatosplenomegalico, anasarcatico e con lesione valvolare aortica, senza però segni di scompenso cardiaco.

La direzione a grandi linee verso la quale può indirizzarsi il concetto diagnostico giunge subito ad un primo bivio: emopatia o malattia infettiva. Riguardo alla prima sono da prendere in considerazione il linfogranuloma maligno per l'ondulanza della febbre e l'epatosplenomegalia che però non essendo accompagnati da altri sintomi, quali prurito, ipertrofia ghiandolare almeno di qualche distretto, leucocitosi con polinucleosi ed eosinofilia, fanno escludere questa forma; per di più questa per il carattere emorragico, sarebbe assai rara.

La leucopenia che domina il quadro ematologico del nostro paziente ci fa pure escludere una mielosi o una linfoadenosi aleucemica le quali quando danno luogo a manifestazioni emorragiche possono pure avere un decorso gravissimo e breve.

Passando al campo delle malattie infettive, sempre per il dato leucopenia, possiamo subito eliminare la febbre suppurativa e la sepsi con porpora sintomatica, endocardite e nefrite, anche per il fatto che lo stato generale ancora discreto dell'infermo e la notevole epatosplenomegalia contrastano con la lunga durata dell'affezione. L'idea di un'endocardite maligna è pure da scartare per l'assenza di un precedente vizio cardiaco e del sintoma di Osler, e pel fatto che dall'ingresso del malato in Clinica i sintomi cardiaci riferibili alla lesione valvolare aortica sono andati regredendo, fino a divenire appena percepibili.

Pure l'ipotesi di una amebiasi con epatite colliquativa non è accettabile per la presenza di una splenomegalia notevole e per la ripetuta negatività delle ricerche di laboratorio sulle feci. La tubercolosi e la malaria sono pure esse facilmente eliminabili per il contrasto fra il lungo decorso della malattia e lo stato generale del malato, e per la negatività delle ricerche da noi eseguite in questo senso. È ben vero che questo paziente all'esordio della sua malattia fu giudicato a suo dire un pleuritico, ma noi non troviamo oggi alcun segno di tale affezione che però non escludiamo, sapendo come la febbre ondulante possa colpire, sia pur raramente, la pleura, talvolta anche in forma emorragica. (Vedi Frugoni: *Lez. cliniche*, 1934; Pozzi: *Lezione sul pneumotorace*).

Eliminate tutte queste principali affezioni che potrebbero essere in causa nel nostro malato, resta la febbre melitense che oltre ad essere completamente in chiave con l'anemia, la leucopenia, la piastrinopenia, l'epatosplenomegalia, il particolare odore di paglia marcia della sudorazione ecc., è convalidata dalla positività della siero-agglutinazione per la maltese. Vero è che questo dato di laboratorio non è assoluto e che non è mai stato possibile coltivare il germe direttamente dal sangue del malato, ma la concordanza del concetto epidemiologico

(viene da zone in cui sono numerosi i casi), clinico e sierodiagnostico ci dà sufficiente sicurezza per porre la diagnosi di infezione mediterranea.

Il decorso clinico della malattia è stato assai interessante, sia per la rarità delle manifestazioni, sia per il suo particolare comportamento di fronte alla vaccinoterapia endovenosa giustamente valorizzata in questi ultimi tempi dal Di Guglielmo e dalla sua Scuola.

Il nostro malato infatti ha esordito nella malattia con una pleurite, da altri affermata, ma da noi non controllata, ed una porpora con emorragie intestinali, nefrite acuta della quale discuteremo più innanzi a proposito della vaccinoterapia endovenosa. In seguito, endocardite valvolare aortica, ed orchiepididemite destra.

Casi di lesioni valvolari cardiache da infezione melitense erano considerati fino a poco tempo fa dai più profondi conoscitori della infezione brucellare addirittura eccezionali (Candaloube, Gabbi, Lustig e Vernoni, Violle ecc.). Recentemente diversi AA., in gran parte tedeschi, (Heiberg, Curschmann, Rössle ecc.) hanno sostenuto che all'incontro l'infezione melitense può dare lesioni valvolari; tale asserzione, non sempre molto solidamente fondata, è solo in parte convalidata da reperti autopsici di pazienti nei quali l'endocardite si era impiantata su precedenti lesioni di altra natura. In questi ultimi tempi sono stati pubblicati in Italia due casi di endocardite valvolare primitiva sicuramente accertati con l'autopsia, che assieme a quello di De la Chapelle, osservato negli Stati Uniti d'America nel 1929, ed al mio, fanno veramente ritenere che questa complicanza della maltese sia possibile, ma pur sempre estremamente rara.

Da questi quattro casi che abbiamo sott'occhio sembra che esista una particolare predilezione per le sigmoidi aortiche. Infatti nel caso di De la Chapelle si trovò all'autopsia una endocardite vegetante che occupava due delle valvole aortiche e ostruiva quasi completamente l'orificio; in quello pubblicato da D'Ignazio e Casanova si trovarono vegetazioni recenti delle sigmoidi e masse trombotiche che si sovrapponevano a lesioni di data più antica. Nel terzo di Pontoni, nel margine libero del pizzo aortico della mitrale vi era una verruca di consistenza fibrinosa con la base recente, che permise di formulare la diagnosi di endocardite verrucosa di natura quasi sicuramente brucellare (referto autopsico prof. P. Radaelli); nel mio, il reperto clinico faceva ammettere una insufficienza aortica che sembra non fosse preesistente.

Da questi pochi rari casi si potrebbe arguire che l'infezione brucellare quando colpisce le valvole cardiache prediliga quelle aortiche.

Sulla orchiepididimite non è il caso di intrattenersi, essendo questa la complicazione più comune della maltese.

Vale invece la pena soffermarsi sulla sindrome emorragica che è iniziata al 4° mese di malattia con violenti dolori addominali e ripetute scariche diarroiche, costituite in gran parte da ammassi gelatinosi sanguinolenti che durarono una decina di giorni; dopo altri quattro mesi di malattia iniziano copiose emorragie che richiesero tamponamenti d'urgenza e di nuovo diarrea muco-sanguinolenta e porpora generalizzata a tutto il corpo. Sulla patogenesi di questa anch'essa non frequente complicazione emorragica della maltese i pareri non sono concordi; chi l'attribuisce alla disfunzione epatica (Pareso), chi alla deficienza funzionale delle capsule surrenali cui sarebbero da ascrivere molti dei sintomi più frequenti della febbre maltese; l'astenia, l'ipotensione, la tachicardia ecc. (Barbara). Questa seconda interpretazione di Barbara, basata su osservazioni cliniche confermate da esperienze su animali, viene spiegata da Victor e Frederich nel modo seguente: Infezione - Paralisi dei nervi secretori del parenchima surrenale - Deficienza di adrenalina - Perdita di tono dei capillari del surrene, pelle ed altri organi - Emorragie.

D'Arbela invece, in un caso di sua osservazione, attribuisce la causa della sindrome emorragica a lesioni vasali determinate dal germe circolante nel sangue, nonchè alle sue tossine, favorite nella loro azione dalla ipotonia vasale caratteristica della setticemia bruceana.

Nel nostro infermo la prova del laccio (Frugoni), ripetutamente saggiata con esito sempre intensamente positivo, dimostra veramente una azione capillarotossica del germe, o suoi prodotti, la quale è tanto più interessante in quanto che la sindrome emorragica è insorta proprio quando l'infezione aveva scarsa impronta setticemica. Inoltre la leucopenia, l'anemia e la piastrinopenia dimostrano anche una azione mielotossica globale e cioè una miseria funzionale del midollo. Questi due fattori sono certamente nel caso nostro la causa della porpora la quale, come vedremo, ne ha trovato un terzo, in seguito, nella nefrite.

Che di vera nefrite emorragica con screzio nefrotico si tratti, e non di semplice manifestazione renale della porpora sintomatica ce lo dice la presenza di cilindri granulosi ed ematici nel sedimento urinario, l'elevazione dell'azotemia da 0,29% a 1,26, l'aumento della pressione vascolare da 100/60 a 154/94, la ritenzione di acqua con conseguente aumento di 10 kg. del peso corporeo ed infine la isostenuria che abbiamo ricercato solo dopo il riassorbimento degli edemi.

L'insorgenza della complicazione renale è avvenuta durante la degenza in Clinica del malato ed in rapporto di tempo e apparentemente di causa ad effetto con le iniezioni endovenose di vaccino antimelitense.

Tale fenomeno che contrasta con le affermazioni concordi di tanti AA. sull'azione del vaccino e sopratutto con quelle di Di Guglielmo che in base ad una vasta esperienza personale non esita a sostenere l'innocuità assoluta del metodo « in tutte le condizioni, anche le più gravi, non escluse quelle con risentimento renale », merita di essere ampiamente discusso e vagliato, poichè non è di facile comprensione. Il malato al suo ingresso era in piena porpora ed aveva la funzione renale completamente integra.

Risulta infatti dal decorso clinico della malattia ampiamente trascritto più sopra, che il giorno seguente alle tre prime iniezioni di vaccino l'a. ha sempre presentato epistassi copiosa che è cessata nella stessa giornata.

In seguito alla quarta iniezione compare ematuria con cilindruria, la pressione vascolare si innalza come pure l'azotemia, la cloruremia, l'albuminuria ed il peso.

Alla iniezione successiva l'ematuria che nel frattempo si era attenuata ricompare intensissima due ore dopo l'iniezione per cui essendo divenute assai gravi le condizioni generali del malato si sospende l'uso del vaccino.

Tutti questi fatti non comproverebbero sufficientemente il rapporto di causa ad effetto delle alterazioni della funzione renale col vaccino, se una seconda serie di iniezioni praticata a 36 giorni di distanza dalla cessazione della prima non avesse provocato lo stesso fenomeno morboso. Vediamo infatti che dopo la prima e la seconda iniezione rispettivamente da 5 e da 10 milioni le condizioni renali, che avevano raggiunto un forte miglioramento (aspetto macroscopico normale, albuminuria 0,40-0,50 ‰, ematuria microscopica notevole senza però cilindruria, pressione vascolare 130-68, azotemia 0,59 ‰ ecc.), non sono peggiorate, mentre alla terza ricompare un'intensa ematuria che fortunatamente coincide con lo sfebbramento duraturo e con la fine della malattia infettiva.

Nello sforzo interpretativo del meccanismo patogenetico di tutto ciò, dobbiamo tenere presenti due possibili cause che o l'una o l'altra od entrambe possono avere determinato la localizzazione del germe anche sul rene.

Queste possono essere l'azione tossica del vaccino sul glomerulo e sui dotti escretori, dato che siamo di fronte ad una nefrite azotemica e cloruremica, ed un probabile fenomeno di ipersensibilità allergica viscerale. Che anche nei maltesi esistano reazioni allergiche è provato dalla effettiva specificità della cutireazione ed intradermoreazione di Burnet alla melitina ed all'abortina; cuti ed intradermoreazione con dosi minime dello stesso vaccino da noi praticate, non hanno però dimostrato alcuna reazione allergica locale.

Con questi dati alla mano, l'interpretazione non può che ipoteticamente poggiare sui due fattori suddetti, tanto più che alle prime tre iniezioni della prima serie si sono verificate solo rinorragie e gengivorragie.

Che l'infezione melitococcica possa essere venuta a riacutizzare una pregressa nefrite emorragica possiamo assolutamente escluderlo, poichè l'infermo al suo ingresso in Clinica, nonostante fosse malato da 10 mesi ed in piena porpora, aveva ancora una funzionalità renale perfetta.

Le complicazioni urinarie della maltese sono, secondo Izar, assai rare, nonostante il germe venga in massima parte eliminato per le orine; l'albuminuria che spesso si riscontra in questi casi è, secondo l'A., in rapporto allo stato febbrile; recenti comunicazioni di Beggi, Schottmüller, Hennig, Picasso e Vettori tendono a dimostrare invece che la comparsa di ematuria e cilindruria nell'infezione bruceana non è eccezionale, pur non giungendo mai alla comparsa di fenomeni uremici.

Il nostro malato, oltre avere presentato fenomeni di piccola uremia, quali vomito e cefalea con iperazotemia ed ipertensione, per cui abbiamo dovuto ricorrere ad un salasso ed a bagni alla Bier, ha anche avuto una nefrite cloruremica con aumento anasarcatico del peso corporeo di 10 kg., il che è da considerare veramente un'evenienza assai rara. Dalle descrizioni microscopiche infatti di casi giunti al tavolo anatomico, si apprende che nella maltese le lesioni renali interessano pre-

valentemente il glomerulo, l'epitelio glomerulare e le arterie interlobulari; a volte, secondo Carbone, si possono trovare anche dei piccoli focolai d'infiltrazione parvicellulare attorno ai grossi tronchi arteriosi, o alle arterie glomerulari o ai glomeruli. Solo raramente nella capsula del Bowmann e nel tratto iniziale di tubuli contorti si vedono coaguli albuminosi scarsi ed in qualche punto assai tenui.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di infezione melitococcica complicata a pleurite, endocardite valvolare aortica, orchiepididimite, porpora sintomatica ed enterorragie, ed infine, nefrite emorragica azotemica e cloruremica insorta in rapporto alla vaccinoterapia specifica endovenosa. Passate rapidamente in rassegna le più rare di queste complicazioni, l'A. discute sulla probabile patogenesi della nefrite.

LETTERATURA.

Vengono qui solo elencati quei lavori più recenti e strettamente attinenti alle rare complicazioni della maltese ed alla vaccinoterapia endovenosa.

Bastai P. Trattato It. di Medic. Int., ed. Min. Med., 1932.

Beggi D. *Complicazioni uro-genitali nella febbre maltese emorragica, monografia.* Tip. ed. Pacini Mariotti, Pisa, 1932.

Cammarata A. *Infezione melitense con manifestazioni emorragiche.* Malaria e malattie dei paesi caldi, pag. 309, 1916.

Carbone. Arch. per le Sc. med., Torino; citato da Picasso e Dettori.

Casanova F. e D'Ignazio C. *Endocardite vegetante aortica da brucella melitense.* Min. med., vol. II, n. 33, 1933.

D'Arbela F. *Una sindrome emorragica precoce della febbre mediterranea.* Riv. di Clin. Med., n. 3 e 4, 1925.

De La Chapelle. Amer. Heart Journ.; cit. da Casanova e D'Ignazio.

Di Guglielmo. *La cura specifica della brucellosi in collab. con Fichera, Sorge, Grassi, Castorina,* ecc. Ed. Vincenzo Muglia, Catania, 1933.

Gabbi U. *Morbus Bruce e Morbus Bang.* Giorn. di Clin. med., 28 febbraio 1933.

Lustig e Vernoni. *La febbre ondulante.* U.T.E.T., 1927, Torino.

Pareso P. *Sindrome emorragica nella febbre di Malta.* Riv. Osp., 30 settembre 1924.

Picasso e Dettori. *Su di un caso di febbre maltese a decorso atipico.* Policlin. Sez. Prat., n. 26, 1934.

Violle. *La fièvre ondulante.* Paris, Masson, 1931.

Czar. Trattato Italiano di Medicina Interna, Ed. Min. Medica, 1932.

RESECONTI CLINICO-STATISTICI

Ospedale Civile di Belluno.
Reparto Chirurgico

Cento resezioni gastriche eseguite in rachianestesia con percaina.

Prof. Ruggero Broglio, chirurgo interino.

Rachianestesia e percaina sono il binomio su cui si è decisamente fissata l'attenzione del chirurgo. Una conferma del successo crescente di questo genere di anestesia è l'assottiglia mento sempre più manifesto dell'ormai sparuta schiera degli oppositori.

Ho voluto limitare il resoconto della mia esperienza a quella parte della chirurgia che più di ogni altra desta preoccupazioni per le possibili complicazioni bronco-polmonari a cui può dar luogo ed in cui l'impiego della rachianestesia non è ancora diffuso.

La statistica delle cento resezioni gastriche sta a rappresentare il compendio di un biennio di lavoro, durante il quale, scevri da preconcetti e con tecnica stereotipa, si è fatto l'applicazione sistematica della rachianestesia.

Dei malati, presi senza distinzione alcuna di sesso e di età e senza tener conto dello stato generale e della natura, sede ed estensione della lesione, si è controllato rigorosamente il loro comportamento durante e dopo l'atto chirurgico, con speciale riguardo alle manifestazioni cliniche che potevano essere messe in relazione all'anestesia impiegata.

Il procedimento tecnico seguito si scosta alquanto dalle tecniche note del Quarella e di Jones Howard. Ne riassumo i dati.

Da una comune fiala di percaina, nella soluzione titolata del Quarella si aspira in una siringa Récord, da 10 cc., due cc. esatti di liquido, che vengono tosto diluiti fino a 10 cc. con soluzione fisiologica sterile. Dopo aver agitato convenientemente la siringa per fare una mescolanza omogenea dei liquidi, si spinge fuori 5 o 5 1/2 cc. della soluzione, mentre alla parte rimasta nella siringa si aggiunge una fiala intera di cardiazol-efedrina.

Prese tutte le precauzioni e misure necessarie, si inietta la mescolanza nel cavo rachideo mediante ago canula da rachicentesi molto sottile, il cui innesto alla siringa deve essere preventivamente controllato che sia a tenuta perfetta.

Il malato viene fatto decombere sul fianco sinistro con tronco elevato e l'ago viene in-

fisso fra 4 ed 8 apofisi spinosa dorsale, a seconda delle necessità operatorie.

Il criterio adottato è il seguente: per le estese resezioni gastriche e per gli interventi sul cardias l'anestetico è iniettato fra IV e V apofisi spinosa, per le resezioni comuni fra V e VI, per la gastro-enterostomia fra VI e VII e per le pessie e gastrostomie fra VII-VIII.

Del liquor cefalo-rachidiano si lascia defluire quel tanto che scola dall'ago nell'intervallo di tempo che intercorre fra rimozione del mandrino ed innesto della siringa, senza naturalmente usare precipitazione.

La miscela anestetica poi è introdotta lentamente, nel lasso di tempo di 2-4 minuti.

Estratto l'ago, per ultimata introduzione della soluzione, si dà al malato la posizione supina, badando che la testa ed il tronco sieno un po' sopraelevati. Si lascia trascorrere in questa posizione 8-10 minuti, tempo necessario perchè avvenga la fissazione dell'anestetico, dopo di che si inizia senza esitazione l'atto operatorio.

Nella breve pausa d'attesa un assistente sorveglia il polso ed il respiro ed al minimo accenno a shock interviene tempestivamente con una iniezione ipodermica di adreno-efedrina. In genere questa è bastevole a prevenire ogni minaccia, ma per la gente debilitata, anziana, a circolo arterioso compromesso o difettoso si ricorre volentieri anche alla fleboclisi.

Con simile organizzazione non ho dovuto a lamentare alcun incidente di qualche entità o tale da compromettere l'esecuzione operatoria.

L'anestesia ottenuta è apparsa perfetta nei tre quarti dei pazienti, permettendo di compiere interventi anche di oltre due ore di durata. Negli altri si è potuto ugualmente ultimare l'operazione senza il sussidio di altri mezzi, eccezione fatta per due, nei quali si è iniettato per vena 10 cc. di evipan, onde potere suturare la parete addominale senza manovre brutali e senza colluttazioni con il malato.

Il bilancio di questa condotta è riassunto nell'esposizione che andrò facendo:

Sui cento resecati debbo lamentare la perdita di due pazienti, ma per cause non imputabili alla rachianestesia, perchè uno è deceduto in terza giornata in seguito ad embolia (controllo necroscopico) e l'altro ha cessato di vivere in quinta giornata per peritonite diffusa dopo resezione del cardias per cancro.

La ripartizione della casistica a seconda degli interventi operatori è:

22 furono resecati per ulcera gastrica,
2 per triplice ulcera gastrica,
2 per ulcera gastrica in degenerazione maligna,
1 per ulcera perforante precardiale,
4 per ulcera gastrica e duodenale,
1 per ulcere multiple gastriche ed ulcera pilorica,
1 per doppia ulcera gastrica ed ulcera pilorica,
1 per doppia ulcera gastrica e doppia ulcera duodenale,
1 per ulcera gastrica e pilorica,
7 per cancro dello stomaco,
1 per gastrite cronica e ptosi,
1 per poliposi e ptosi gastrica,
4 per ptosi gastrica-inginocchiamento del duodeno-pericolecistite,
1 per gastrite atrofica,
1 per gastrectasia da ipertrofia del piloro,
2 per gastrite ulcerosa ed ulcera duodenale,
1 per ulcera perforante ed esiti di resezione sottodiaframmatica dei vaghi,
1 per gastrite ulcerosa e triplice ulcera duodenale,
1 affetto da cancro del cardias, ha subito la resezione, splenectomia ed anastomosi gastro-esofagea,
1 per gastrite emorragica,
12 per ulcera pilorica,
1 per ulcera pilorica e duodenale,
1 per ipertrofia pilorica,
1 per doppia ulcera pilorica,
1 per ulcera pilorica sanguinante con gastro-enterostomia posteriore,
16 per ulcera duodenale,
5 per doppia ulcera duodenale,
1 per ectasia duodenale con cicatrice di pregressa ulcera,
1 per ulcera duodenale ed esiti di colecisto-gastrostomia,
1 per triplice ulcera peptica su anastomosi di gastroenterostomia posteriore,
2 per ulcera peptica su anastomosi di gastro-enterostomia: una posteriore ed una anteriore,
1 per ulcera peptica post-resezione gastrica secondo Reichel-Polya,
1 per ulcera duodenale e per ulcera peptica su anastomosi di gastro-enterostomia posteriore.

La prima operazione risale al 3-X-1932 e l'ultima fu eseguita il 12-XI-1934.

Gli accidenti determinati dall'anestetico sono:

1) prima dell'operazione: pallore e nausea nel 50 %; pallore-nausea e vomito nel 20 per cento; collassi temporanei si manifestarono in 4 malati;

2) durante l'operazione: nausea e conati di vomito nel 48 %;

3) dopo l'operazione: cefalee passeggere furono registrate in 15 malati; cefalee persistenti (oltre due giorni) accusarono due malati;

vomito insistente per due giorni fu notato in un solo caso;

ritenzione di urina si ebbe in 8 casi;

ipertermia, da qualche linea fino a 39 gradi, comparve nel 90 % degli operati:

bronchiti si presentarono in 18 malati.

bronco polmoniti si manifestarono in tre malati, tutte risoltesi senza postumi, nè incidenti.

Dei pazienti il più giovane contava 16 anni, il più vecchio aveva oltrepassato di poco i 66 anni.

Va da sè che non tutti questi disturbi sono da mettersi a carico della rachianestesia. L'impressionabilità del soggetto, la morfina, le manovre operatorie, la gravità dell'operazione, l'asepsi più o meno rigorosa, la posizione conservata del malato ecc., sono altrettanti fattori che possono influire sulla comparsa dei disturbi elencati. Per le manifestazioni polmonari, dato il loro decorso benigno, è più naturale attribuirle a cause esterne ed accidentali che all'anestesia. Nei vecchi poi si deve tenere presente che la posizione supina è per sè sola causa frequente di bronco-polmoniti ipostatiche, talvolta fatali.

Del resto, qualunque sia l'interpretazione che si voglia dare ai fatti, non si deve dimenticare che sono fenomeni transitori facilmente combattuti dai mezzi terapeutici a nostra disposizione.

Un dato molto interessante e sul quale desidero di richiamare l'attenzione è il comportamento della pressione sanguigna all'introduzione dell'anestetico nella speco vertebrale.

Mi sono preso cura di misurare in un buon numero dei miei resecati la pressione sanguigna prima, subito dopo l'iniezione e ad operazione ultimata. Le cifre e i dati ricavati dalle osservazioni mi permettono di concludere: che l'anestesia rachidea provoca un costante abbassamento della pressione, le cui variazioni si mantengono entro limiti abbastanza netti che sono in relazione all'età ed allo stato dell'apparato circolatorio dei pazienti. Il risentimento è minimo nei giovani e massimo nei vecchi, specie se debilitati ed arteriosclerotici (i due collassi avuti sono avvenuti precisamente in soggetti anziani ed arteriosclerotici, rispettivamente di 64 e 66 anni); che l'abbassamento della pressione avviene in modo rapido, a qualche minuto dall'iniezione. La cifra più bassa registrata fu di 20 mm. di mercurio. Come la pressione discende al di sotto di 60 mm. compare dapprima pallore, poi nausea ed infine vomito con tendenza al collasso, se la pressione accenna a discendere al di sotto di 40 mm. Al di sopra di 60 mm. si ha talvolta senso di malessere e nausea, mentre nessun disturbo accusa il malato se la pressione permane al di sopra dei 75 mm.; che trascorsi 10-15 minuti al massimo si ha un ritorno alla norma, e la pressione si stabilizza fra i 120-130 mm. senza ulteriori oscillazioni.

Con il controllo della pressione sanguigna quindi è comprensibile come si possa prevenire e scongiurare in tempo ogni pericolo, servendosi di mezzi atti ad elevare la pressione (adreno-efedrina o fleboclisi).

Non ho mancato ancora di studiare in trenta malati la funzionalità renale. Qui i perturbamenti non sono costanti e sono lievi e fugaci. Così in qualche caso si è riscontrato una leggera albuminuria, in altri un transitorio aumento del tasso azotemico nel sangue ed in un solo caso l'esame del sedimento ha dimostrato presenza di pochi cilindri granulosi. In genere vi è una tendenza all'oliguria, forse in relazione alla sudorazione ed alla piressia. Mai fu notato acetonuria, urobilinuria e pigmenti biliari.

Con questo ultimo reperto il mio resoconto è finito. Non so se per taluni sarà esaurientemente convincente, ma, comunque venga considerato, resta inalterato il suo valore di contributo. Per me la rachianestesia realizza nel campo chirurgico una tale somma di vantaggi che i lievi e scarsi inconvenienti, a cui può dar luogo, sono trascurabili. Ho visto malati in condizioni precarie a sopportare operazioni indaginose e di lunga durata, senza il minimo risentimento ed incidente.

La percaina poi è l'anestetico che conferisce il maggior prestigio alla rachianestesia. La sua azione durevole anche a dosi piccole acconsente al chirurgo di cimentarsi tranquillamente in imprese altrimenti assai arrischiate. La tolleranza è grande, le controindicazioni nulle e i risultati sono più che soddisfacenti

Si è detto da taluno che la rachianestesia alla percaina, pur segnando un passo in avanti nel preoccupante problema dell'anestesia, non ne rappresenta ancora l'ideale. Ma se per ideale devesi intendere quel metodo scevro da qualsiasi inconveniente e pericolo, io aggiungo che la rachianestesia percainica è quello che più di ogni altro gli si avvicina.

RIASSUNTO.

L'A., illustrando 100 casi di resezioni gastriche eseguite in rachianestesia con percaina, mette in risalto i vantaggi di questo metodo di anestesia, che egli ritiene quello che più di ogni altro s'avvicina all'ideale.

RILIEVI E COMMENTI

Iniezioni endovenose di carbone animale.

A proposito dell'articolo comparso sul *Policlinico*, N. 14, di quest'anno del prof. Sussi, sulla iniezione endovenosa di carbone animale nel trattamento delle infezioni chirurgiche ecc. necessita che sieno chiariti alcuni punti.

Anzitutto fin dal 1830 Sobernheim trattò tra l'altro, con vasta letteratura, il carbone animale la cui proprietà di assorbente, di antisettico e di tonico, fu ben messa in evidenza. Lo si è usato nelle forme più svariate ma sempre per via enterale: così negli avvelenamenti, nelle dissenterie, nelle tumefazioni, negli indurimenti ghiandolari, nelle tubercolosi, cancri, affezioni cutanee croniche ecc. Il Coghin fu originale perchè lo usò per via endovenosa.

Questi carboni animali che agiscono più o meno a seconda della loro qualità sono i più attivi, assorbono tanto gli elettroliti quanto i non elettroliti con grande azione di superficie e sono assai efficaci anche con dosi relativamente piccole.

L'esposizione interessante del Sussi fa sorgere alcune osservazioni.

Il reperto istologico sperimentale non è convincente perchè non basta che si sieno trovate le masse di c. a. circolanti prevalentemente nel fegato, milza, linfoghiandole dei conigli, occorre dimostrare che siamo in presenza di alterazioni tissurali e di modificazioni delle cellule del reticolo della polpa splenica, di quelle endoteliali dei noduli corticali, dei cordoni midollari dei gangli linfatici, del reticolo ed endoteli dei seni degli stessi, dei capillari venosi della milza e del midollo osseo, degli endoteli di tutti quegli organi caratterizzati da sinusoidi, come le cellule del Kupffer ecc.

Tutti questi elementi hanno la proprietà specifica di assumere la sostanza colorante in forma di granuli minuti purchè iniettata in grande quantità, ciò che sembra accadere anche per il c. a.

I reperti sui conigli sani, non illuminano il quadro di azione del c. a.: essi sono basati soltanto sul raggruppamento di cellule endoteliali nel fegato e nelle linfoghiandole; tali dati non si verificano in casi anormali e parlare di bloccaggio ipotetico delle cellule del S.R.E. non è esatto poichè il c. a. non si comporta come dell'inchiostro di china o del ferro polverizzato o del colore vitale acido onde il potere dello stesso S.R.E. di elaborare anticorpi e quello emolitico del sangue, viene molto diminuito. A parte il fatto che non ci sono presentemente criteri istologici, biologici per ritenere il S.R.E. come un vero e proprio sistema unitario, sappiamo che specialmente in condizioni patologiche esso interviene coi suoi attributi emapoietici ed emolitici e non nelle condizioni normali come nel caso in cui si è messo lo sperimentatore Sussi. La obbiettività delle guarigioni cliniche riportate è indiscutibile: senza dubbio in questi casi entrano in scena tutti i poteri di difesa dell'organismo, quale legge reattiva, dinamica, biologica. Ma è bene conoscere le proprietà del medicamento e precisamente dei c. a. per poter dedurre delle logiche conseguenze. Esso è innocuo, è carbonio allo stato amorfo, prevalentemente assorbente, disintossica, svelena non per completo impedito riassorbimento dei veleni nell'organismo, ma per ritardo di questi nell'agire, ciò che è di somma importanza. E nelle infezioni più che su un esaltamento del tessuto R. E. l'azione favorevole del c. a. è dovuta sul suo spiccato e reale potere di assorbire le tossine e i loro prodotti di ricambio con azione davvero elettiva preponderante protettiva senza la compartecipazione diretta del S.R.E. e senza agire sui germi. Si esplicherebbe così per la via sanguigna quello che accade per ogni assorbente con la sostanza assorbita biologicamente. Se si trattasse di azione esplicita sul R.E. non si saprebbe quale attributo ricercare nel c. a. se molte altre sostanze medicamentose che pur eccitano il S. R. E. non danno quelle inaspettate guarigioni di cui parla l'autore. Sarebbe opportuno ora sperimentare l'azione del c. a. anche nelle infezioni non chirurgiche a varie dosi. Piuttosto sembra che l'azione del c. a. sia legata anche alla via di introduzione nell'organismo; se non fosse così non ci renderemmo conto perchè una stessa dose mortale adsorbita da c. a. iniettata poi sotto cute del topo e nel peritoneo nel primo caso non dia avvelenamento e nel secondo sì, e così pure per la via enterale il c. a. operi diversamente come sappiamo dalla pratica quotidiana.

Concludendo: i capisaldi della terapia specie nelle infezioni chirurgiche, si basano sull'esclusivo potere di adsorbimento del c. a. sui veleni o tossine batteriche permettendo che una buona parte di questi vengano inattivati e che l'organismo successivamente reagisca con tutti i suoi poteri difensivi contro le insidie del male per un ripristino di tutto il suo equilibrio citoumorale.

Nulla dunque di occulto. Il R. E. ha la sua

parte, ma è secondaria, indipendente, si riallaccia direttamente alla infezione e non alla introduzione del c. a. L'A. stesso si meraviglia della non minorata attitudine immagazzinatrice del S. R. E. per la impregnazione del c. a.

Il c. a. è ottimo elemento che non agisce come sviluppatore di superficie nel R. E. nè come stimolatore ma soltanto come sostanza capace di svelenare passivamente. L'aver trovato il Sussi il c. a. proprio in quegli organi in cui il R. E. è più sviluppato non significa che vi sia un tropismo speciale per queste determinate parti ma una prova pratica ed evidente che, come altre sostanze, viene a depositarsi là ove risiedono per elezione i maggiori centri del più attivo e idoneo sistema di difesa organica.

DR. DA VILLA F. C.

Loreo, 13 aprile 1935-XIII.

SUNTI E RASSEGNE.

RICAMBIO.

Fosfatemia e rachitide.

(G. FRONTALI, *Klin. Wochenschr.*, 2 mar. 1935).

Fra i fenomeni più caratteristici della rachitide, a cui va attribuita anche un'importanza patogenetica, dev'essere annoverata la ipofosfatemia rilevante. Questa però si riferisce esclusivamente ai fosfati inorganici; difatti mentre il contenuto del sangue in combinazioni fosforiche organiche si presenta press'a poco uguale nei bambini sani e in quelli rachitici e nei ratti a dieta rachitogena, i valori di fosforo inorganico, cioè quello ionizzabile, si presentano nel plasma o siero dei piccoli infermi di 2-3 volte inferiori rispetto a quelli dei bambini sani (1-2 mgr. % contro 4-5 mgr. %). E, nonostante un abbondante apporto esogeno di fosforo inorganico ai pazienti rachitici, la fosfatemia rimane immutata: il bilancio del fosforo si mantiene negativo. La curva fosfatemica alimentare si presenta nei soggetti rachitici più bassa della norma; e ciò ha indotto qualche autore a mettere in causa un diminuito assorbimento intestinale del fosforo quale *primum movens* della malattia; senonchè, sia l'inefficacia dell'apporto parenterale, sia l'aumentata fosfaturia dei rachitici parlano contro un simile concetto che del resto non ha trovato neanche la conferma sperimentale.

V'è chi, come Warkany, ha pensato ad una ipofosfatemia provocata dall'abbassamento della soglia renale verso il fosforo, con conseguente iperfosfaturia che si accentuerebbe ogni qual volta viene apportato del fosforo esogeno; Fassio però ha dimostrato che tale fosfaturia, che si intensifica dopo una somministrazione di ergosterina irradiata, è completamente indipendente dalla introduzione esogena del fosforo.

L'A. crede che anche nel determinismo della ipofosfatemia va applicata la legge generica del Pacchioni, secondo la quale il ricambio di qualsiasi sostanza viene condizionato dal consumo di questa nel ricambio intermedio, mentre i meccanismi endogeni e esogeni regolano la concentrazione di esso nel sangue; fra i primi possono figurare il sistema neurovegetativo, le ghiandole endocrine, fra le ultime le vitamine e l'influsso delle irradiazioni.

D'altra parte sembra che il livello fosfatemico del sangue viene fisiologicamente influenzato dalla necessità di consumo, rappresentato nell'organismo giovane da bisogni della crescita; così, mentre nei bambini la fosfatemia è di circa 5 mgr. %, negli adulti essa è di circa 2 mgr %; però, anche in questi ultimi il livello di essa sale rapidamente in caso di maggiore richiesta come p. es. durante la formazione di un callo osseo da frattura. Secondo Robinson, a seconda delle necessità dei tessuti viene secreta nel sangue della fosfatasi, la quale sarebbe in grado di liberare gli ioni di fosforo dai composti organici; si potrebbe perciò ammettere una diminuzione di tale fosfatasi quale causa di ipofosfatemia nel rachitismo; va però notato che i tessuti cartilagineo-ossei dei ratti in rachitide sperimentale contengono la fosfatasi in quantità superiore alla norma. D'altra parte è noto che l'azione della fosfatasi è anche in funzione del pH, essendo questa favorita dalla alcalosi (Demuth); ora, Giuffrè avrebbe riscontrato un lieve spostamento acidotico nel sangue dei rachitici. Neymann avrebbe trovato una diminuzione della fosfatasi in alcuni segmenti del tubo digerente e vorrebbe attribuire la sindrome rachitica ad una diminuita scissione delle combinazioni fosforiche di origine esogena.

Ma sia questa ipotesi, che quella di Warkany (eliminazione esagerata) non permettono di illuminare sufficientemente la patogenesi della rachitide; e rimangono completamente insufficienti quando, nell'osservazione dell'azione terapeutica degli alimenti irradiati e dell'irradiazione diretta, si cerca di spiegare il fatto che bastano pochi minuti di irradiazione ultra-violetta per influenzare il ricambio fosforico e di modificare il contenuto del sangue in ioni fosforici.

Sono state le ricerche di Frontali e della sua scuola a richiamare l'attenzione verso un concetto alquanto diverso; concetto, secondo il quale, nella insorgenza e nella guarigione della rachitide la parte principale spetta alla

variabile distribuzione del fosforo fra i composti organici e inorganici del sangue.

Nelle ricerche istituite sin dal 1927 si è visto che nel siero di sangue (rachitico o normale) sottoposto all'azione dei raggi ultravioletti, la quantità di fosforo inorganico aumentava in proporzione da 6,2 a 54,8 %; nello stesso tempo si manifestava la diminuzione degli idrogenioni. L'aumento del fosforo inorganico avveniva evidentemente a spese di quello organico; osservazioni successive sono state dirette a stabilire quale era la frazione dei fosfati organici che dava luogo a tale trasformazione. Siccome è stato rilevato che l'aumento del P. inorganico è uguale sia che si operi su siero non trattato, che sul filtrato di siero dealbuminizzato, si è potuta escludere la partecipazione dei composti organici lipoidei o albuminoidei che come è noto vengono precipitati dall'acido tricloracetico; la cessione del fosforo sotto l'azione dell'irradiazione non poteva dunque avvenire che a carico dei composti organici acidosolubili — i quali insieme con quelli inorganici costituiscono la cosidetta frazione fosforica « labile » del siero; e difatti, ricerche di Colonna dimostravano che per effetto dell'irradiazione, mentre la quantità totale del fosforo labile non si modifica, diminuisce la frazione organica e aumenta quella inorganica di esso.

Le ricerche sono state proseguite nell'intento di identificare i composti fosfororganici dai quali deriverebbe il fosforo inorganico; come più probabili sono stati designati gli acidi esosiomono od esosiodifosforici che, secondo i classici studi di Embden, rappresentano il primo stadio dei processi della glicolisi, la quale poi dà luogo ad acido lattico con liberazione di ione fosforo. Tale supposizione veniva confermata dal fatto che la citratazione, la quale inibisce la glicolisi, inibiva anche l'aumento del fosforo nel sangue irradiato. D'altra parte, pur non potendosi rilevare con sufficiente certezza aumento di ac. lattico nei sieri irradiati, in questi veniva riscontrato un netto aumento di glicosio che si presentava in tale proporzione all'aumento di fosforo (circa 1 a 6) come dovrebbe avvenire se tutti due derivassero dalla scissione dell'acido esosiodifosforico.

A conferma di questi risultati veniva costatato che l'irradiazione di ac. esosiodifosforico in soluzione tampone di glicocolla provocava aumento di fosfati in proporzione alla durata di tale irradiazione. Risultati analoghi si ebbero coll'aggiunta dell'ergosterina irradiata al siero o alla soluzione di acido esosiodifosforico; l'effetto veniva a mancare coll'ergosterina non irradiata.

In tale modo viene sperimentalmente dimostrato che è la combinazione labile di glucosio e ac. fosforico quella che sotto l'influsso attinico dà luogo a formazione di fosfati inorganici. In relazione a modificazioni endogene (p. es. del pH) e influenze esogene (irradiazione) varia la concentrazione fosfatemica con le conseguenti alterazioni a carico delle ossa. È degno di nota che la stessa combinazione labile ha una parte notevole nel ricambio dei carboidrati in genere e nella glicolisi muscolare. Forse in rapporto ad essa potrà essere spiegata la relazione fra le alterazioni ossee e muscolari, in special modo la atonia muscolare dei rachitici.

L'A. non pregiudica sulla questione se gli influssi attinici (diretti o indiretti) siano da considerarsi quali processi foto-chimici o enzimatici (nel senso di attivazione di una fosfatasi); il fatto però che il processo a carico dell'ac. esosiodifosforico avviene anche in soluzione di glicocolla fa piuttosto propendere per un processo foto-chimico.

S. MINZ.

La vitamina D nell'eczema. Sua azione sul metabolismo del calcio.

(M. COMEL. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 1°, 1935).

È noto come la terapia degli stati flogogeni cutanei tenda oggi sovratutto ad eliminare quelle condizioni di disionia che costituiscono il substrato patogenetico di molte dermatosi.

Nello studio di tali affezioni è apparsa in questi ultimi anni tutta l'importanza che compete, nel meccanismo della reattività flogogena, al calcio.

Si occupa di questo argomento in un recente lavoro il Comel. Questo A. fa osservare come nella genesi degli eczemi, si può ammettere che intercedano stretti rapporti tra squilibrio ormonico e vitaminico e fenomeni patologici cutanei.

Egli fa osservare come gli studi sulle reazioni flogogene della cute permettono di stabilire che esistono nette interferenze tra contenuto in cationi dell'organismo e reattività glogogena cutanea.

È ovvio che il problema di simili dermatosi va risolto anzitutto, mantenendo costante lo stato di isionia dell'organismo.

Il Comel ha istituito una serie di ricerche onde osservare se modificando, mediante l'introduzione di vitamina D (calcio fissatrice), unita a quantità minimali di calcio, il metabolismo del calcio organico, si riesce ad eliminare lo stato di reattività cutanea.

A tale scopo in un gruppo di 19 pazienti affetti da eczema l'A. ha praticato, per un periodo di tempo vario, iniezioni di vitamina D unite a quantità minimali di calcio colloidale (Calcio Colloidale con Ostelin).

Nelle esperienze eseguite (riportate estesamente e corredate da numerosi grafici e reperti

di Laboratorio) la somministrazione di vit. D ha portato a risultati brillanti.

Secondo l'A. attraverso all'azione calcio fissatrice della vitamina D, si creerebbero nei tessuti, condizioni favorevoli alla risoluzione dei fatti eczematosi.

La notevole frequenza di anomalie nel bilancio del metabolismo del calcio nell'eczema, induce ad ammettere l'intervento di squilibri microergici (ormonici-vitaminici) nella sua patogenesi e a interpretare come regolatrice l'azione terapeutica svolta dalla vitamina D.

Il Comel insiste sull'importanza biologico-terapeutica dell'unione della vitamina D con piccole dosi di calcio colloidale, cioè sull'importanza che viene ad assumere lo stato fisicochimico del preparato destinato ad essere iniettato nell'organismo.

Pur lasciando aperto il quesito del meccanismo d'azione della vit. D nella cura dell'eczema, l'A. conclude che il medico non deve trascurare l'uso di questa vitamina, quale fattore medicamentoso dietetico degli eczematosi.

A. P.

Latticemia e insulina; latticemia e terapia glucosio-insulinica nei cardiopatici.

(S. BATTAGLINI. *Rivista sanitaria siciliana*, 15 febbraio 1935).

L'A. riferisce i risultati delle sue ricerche riguardanti il comportamento nei cardiopatici della latticemia sia dopo iniezione di insulina che dopo il trattamento glucosio-insulinico. La tecnica delle ricerche è stata la seguente: prelevamento di un primo campione di sangue a digiuno e poi iniezione di 10 U. di insulina; dopo 10 e 20 minuti prelevamenti di nuovi campioni di sangue. L'acido lattico fu dosato col metodo di Mendel e Goldscheider. In un piccolo numero di pp. fu intrapresa la terapia glucosio-insulinica per circa sette giorni. Dall'esame delle tabelle risulta che la latticemia aumentata nei cardiopatici, si abbassò costantemente nei primi 10 minuti dopo la iniezione di insulina e rimane al livello più basso, durante i successivi 10 minuti. Riguardo alla latticemia i cardiopatici si comporterebbero come i diabetici, cosichè se ne può dedurre che i cardiopazienti specie se scompensati, abbiano un metabolismo alterato degli idrati di carbonio, specie nella fase sintetizzatrice dell'acido lattico e del glucosio. Ciò spiegherebbe la ipoglicemia e la iperlatticemia in quei malati. L'insulina attiverebbe il potere di resintesi per l'acido lattico in glicogeno e favorirebbe quello che avviene malamente in condizioni ordinarie, trovandosi l'apparato glico-regolatore in cattive condizioni.

Dopo il trattamento glucosio-insulina, la latticemia presentò in tutti i pp. una certa diminuzione, tranne in due, i quali non ritrassero beneficio alcuno da questo genere di cura. Probabilmente la causa dell'insuccesso va messa in rapporto con la mancata normalizzazione dei fattori responsabili, secondo Eppinger, del fallimento cardiaco: l'aumento dell'acido lattico, la sua minore resintesi e la deficiente potenza neutralizzante dei tessuti.

VICENTINI.

TUMORI.

Studio anatomo-clinico dei tumori della regione lombare.

(FRANZ TONCKHEERE e ROBERT LECLERCQ. *Journal de Chirurgie et Annales de la Société Belge de Chirurgie*, n. 2, 1934).

Gli AA. passano in rassegna tutte le tumefazioni che possono estrinsecarsi primitivamente o secondariamente nella regione lombare e riportano alcuni casi clinici tra cui 5 inediti riguardanti: un ascesso ossifluente d'origine pottica; un ascesso ossifluente tubercolare d'origine costale; una metastasi d'ipernefroma; un ascesso freddo perirenale metastatico d'origine pleuro-polmonare; un ascesso lombare metastatico d'origine bronchiettasica.

Dopo aver definito per tumori della regione lombare « ogni tumefazione che colma il solco costo-iliaco normalmente incavato o che determina, a questo livello, una prominenza nettamente pronunziata » e dopo aver accennato a qualche ricordo anatomico della regione, distinguono: 1) i tumori d'origine traumatica; 2) i tumori d'origine vertebrale; 3) i tumori di origine costale; 4) i tumori d'origine ileo-sacrale; 5) le tumefazioni d'origine renale; 6) le tumefazioni d'origine addomino-pelvica; 7) le tumefazioni d'origine pleuro-polmonare; 8) le ernie lombari.

I tumori d'origine traumatica, rappresentati da un ematoma o da una raccolta suppurata — direttamente o indirettamente prodotta dal trauma, — comportano la necessità di stabilire l'eventuale coesistenza di lesioni renali.

I tumori d'origine vertebrale, costituiti essenzialmente dagli ascessi ossifluenti, ossia da qualunque raccolta suppurata a decorso acuto, subacuto o cronico, riconoscono per causa: l'osteomielite, la tubercolosi e l'echinococcosi vertebrale. L'*osteomielite vertebrale* (1-2 % dei casi di osteomielite), che colpisce gli elementi posteriori (arco, apofisi spinosa, apofisi trasverse e articolari) nel 58 % dei casi, ed il corpo vertebrale nel 34 % dei casi, può essere facilmente misconosciuta come dimostra l'osservazione di Coquelet. La *tubercolosi vertebrale* può essere posteriore od anteriore (morbo di Pott propriamente detto) ed in questo caso occorre ricordare che gli ascessi provenienti da una lesione vertebrale dorsale inferiore possono, se pur raramente, superare il diaframma attraverso gli orifizi anatomici e raggiungere la

regione lombare o attraverso l'arcata del quadrato dei lombi o, più raramente, attraverso uno spazio intercostale; e così gli ascessi provenienti da una lesione vertebrale lombare, i quali generalmente, lungo lo psoas, raggiungono la fossa iliaca interna, possono talora irrompere nella regione lombare attraverso il quadrilatero di Grynfelt, a livello del triangolo di Petit o attraverso i muscoli della regione.

L'*echinococcosi vertebrale* (1,5 % delle localizzazioni echinococciche) si presenta come una colonizzazione diffusa di microvescicole cui segue un'essudazione siero-leucocitaria più o meno pioide, che può dar luogo ad ascessi freddi idatidei migranti con sintomatologia incerta e di difficile diagnosi.

I tumori d'origine costale possono essere di natura infiammatoria o neoplastica. I primi, che sono i più importanti, sono ascessi ossifluenti: acuti per osteomielite primitiva (che possono simulare un empiema necessitatis); sub-acuti, come l'osteite costale tifica (insorgente nei fanciulli durante la convalescenza e simulante una pleurite cistica); cronici per osteite costale tubercolare sotto forma di periostite tubercolare (più frequenti) o di osteomielite tubercolare.

I tumori d'origine ileo-sacrale possono essere anch'essi di natura infiammatoria o neoplastica. Tra i primi è da ricordare l'osteite del tratto sacro-coccigeo, l'osteite dell'ileo e la sacro coxalgia tubercolare, che può dare ascessi intrapelvici od estrapelvici, entrambi in possibilità di raggiungere la regione lombare. I processi di natura neoplastica, in genere, dello scheletro della regione, specialmente dell'ala iliaca, possono essere primitivi o metastatici come dimostra l'osservazione inedita, in cui appunto trattasi di metastasi d'ipernefroma.

Le tumefazioni d'origine renale comprendono: i tumori del rene propriamente detto (che si estrinsecano specialmente in avanti verso il fianco o l'addome); i tumori paranefritici (anche essi estrinsecantisi in avanti); i flemmoni perinefritici o perinefriti suppurate (aventi origine da suppurazioni epatobiliari, intestinali, pleuro-polmonari, pelviche, ecc.) e distinte in sopra, sotto, antero e retrorenali. Sono questi ultimi che possono raggiungere la regione lombare o attraverso i punti deboli della parete o attraverso l'aponeurosi del trasverso.

Le tumefazioni d'origine addomino-pelvica possono essere date da peritoniti localizzate o da suppurazioni a carico dei visceri che per comodità gli AA. distinguono in sopramesocolici, sottomesocolici e pelvici. Gli *organi sopramesocolici* possono dar luogo ad ascessi subfrenici (raccolte purulente nel compartimento interfreno mesocolico), possono essere interepato-diaframmatici (con evoluzione e sintomi toracici); sotto-epatici (con evoluzione e sintomatologia addominale); interfrenomesocolici sinistri (d'origine sopratutto splenica); retroperitoneali ad evoluzione e sintomatologia esclusivamente posteriori. Gli *organi sottomesocolici* possono dare raccolte migranti con evoluzione prima superiore e poi lombare (ascessi d'origine colica occupanti il paracolon o spazio retrocolico), oppure un'evoluzione lombare diretta come in alcuni casi di appendiciti retrocecali. Gli *organi pelvici* danno ascessi con la stessa evoluzione di quelli sottomesocolici e seguono la via intra- o retro-peritoneale.

Le tumefazioni d'origine pleuro-polmonare vengono suddivise in tumefazioni d'origine pleurica (rappresentate specialmente dagli empiema necessitatis che possono raggiungere la regione lombare o per via superficiale, sotto il gran dorsale, o per via profonda attraverso il diaframma); ernie polmonari (naturalmente acquisite perchè le congenite sono incompatibili con la vita); tumefazioni d'origine bronchiale come dimostra l'osservazione inedita riguardante una raccolta lombare d'origine bronchiettasica.

Le ernie lombari si distinguono in vere (congenite o acquisite) fornite di sacco e passanti o attraverso il quadrilatero di Grynfelt, o attraverso il triangolo di Petit (l'ernia omonima è stata prima descritta da Garangeot, 1731) ed eventrazioni lombari, chirurgiche o traumatiche e rivestenti la sintomatologia abituale delle ernie.

Gli AA. riassumono quindi la sintomatologia, l'esame obiettivo e le ricerche da laboratorio e ricordano che i tumori lombari ad evoluzione differentissima possono avere: una sintomatologia vistosa in cui il tumore è un epifenomeno sperduto nel quadro generale dominante (come ad esempio nei casi di appendicite retrocecale, traumi diretti, flemmoni perinefritici, empiema di necessità); una storia muta riassunta tutta dal tumore (come nei casi di ascessi freddi costali, male vertebrale posteriore, neoplasie della cresta iliaca, tumori paranefritici); oppure una sintomatologia frusta in cui il tumore ha la stessa importanza degli altri sintomi (come nei casi di morbo di Pott, osteomielite cronica della colonna, echinococcosi vertebrale, raccolte di origine bronchiale). In ogni tumore lombare l'esame obiettivo deve essere sempre minuzioso non solo localmente ma anche nelle regioni vicine specialmente torace e addome sia riguardo ai visceri, sia riguardo all'impalcatura ossea.

Degli esami di laboratorio alcuni sono poco redditizi come ad esempio gli esami citobatteriologici del sangue, del pus, delle urine, ecc., gli esami chimici dei succhi mentre l'indagine radiologica ha la massima importanza specialmente se fatta in serie.

SCANDURRA.

Neurinoma dell'orbita.

(R. R. VILLEGAS e C. S. DAMEL. *Sociedad de Cirugìa de Buenos Aires*, Sessione 4-VII-1934).

Il neurinoma dell'orbita è una entità morbosa poco frequente; gli AA. ne hanno trovato nove in tutta la letteratura pubblicati con 4 denominazioni differenti: neurinoma, glioma, neuroma e neurofibroma. Hanno avuto occasione di osservarne uno in cui fin dal primo momento sono stati incerti se si trattasse di un tumore di origine ectodermica (fibrille nervose) o di origine mesodermica (cellule di Schwann). L'osservazione riguardava un uomo di 36 anni, luetico, senza speciali precedenti morbosi; da 3 anni aveva nota una lenta e progressiva protrusione dell'occhio sinistro. L'E. O. faceva rilevare esoftalmo con deviazione in fuori del bulbo, presenza nell'angolo supero-interno dell'orbita di una tumefazione impossibile a contornarsi col dito, sensibilità e motilità normali se si eccettua un lieve deficit del muscolo retto esterno. Pupille uguali, buona reazione alla luce ed alla accomodazione, diplopia crociata, lieve papilla da stasi, visus uguale ad *1*. Una radiografia praticata di fronte mostrava un'opacità maggiore dell'orbita sinistra con conservazione della struttura ossea.

Atto operativo: anestesia generale eterea, chiusura della rima palpebrale con un punto di seta, incisione curva di Krönleim, sezione dell'aponevrosi tarso-orbitaria. Incisione del periostio orbitario seguendo il bordo superiore del muscolo retto esterno, abbattimento di una parte della parete esterna dell'orbita. Con un separatore a tipo Farabeuf si lussa il globo verso la linea mediana ed il muscolo retto esterno in basso: appare il tumore situato fra il nervo ottico ed il tetto dell'orbita; il tumore viene punto estraendo 2 cc. di liquido, si prende il tumore con una Péan e si estrae facilmente senza alcuna pressione. La facilità con cui si estraggono questi tumori dimostra che essi mancano di un peduncolo vascolare. Sutura del periostio orbitario, si rimette a posto il pezzo di osso asportato, si lascia un piccolo drenaggio di gomma. Il tumore aveva il volume di un piccolo uovo di gallina a superficie leggermente lobulata, al taglio piccola cavità centrale, il resto tessuto solido di aspetto marmorizzato con zone di aspetto emorragiche e zone gelatinose.

Istologicamente disposizione fascicolata con cellule connettive in discreta attività. in alcuni punti fibrille nervose.

Come punto di partenza del tumore, scartati gli altri nervi dell'orbita, gli AA. pensano ai n. ciliari che incrociavano la zona dove il tumore si era sviluppato.

Circa la tecnica di Krönleim, essi dicono che in molti casi può essere eccessiva e che spesso può bastare la via transpalpebrale e transpalpebro congiuntivale. M. PLASTINA.

MISCELLANEA.

L'importanza clinica della fibrosite nella pratica generale.

(W. H. MAXWELL TELLING, *British Medical Journal*, 6 aprile 1935).

Le algie più spesso di quel che non si ritiene comunemente ripetono la loro origine da una alterazione del tessuto fibroso dipendente da infiammazioni acute o croniche, traumi o sforzi ripetuti.

Le alterazioni patologiche del tessuto fibroso non solo provocano dolore ma determinano una proliferazione degli elementi connettivali di vario tipo e grado con la formazione di inspessimenti ed indurimenti a cordoni, a placche o a noduli che possono inglobare fibre muscolari e nervose. Si hanno così manifestazioni dolorose variabili (continue, intermittenti o parossistiche, ottuse, lancinanti o puntorie) che sono notevolmente influenzate dalle condizioni intrinseche dell'organismo e dalle variazioni atmosferiche.

La denominazione di fibrosite per questa condizione morbosa è certo la più corretta perchè tien conto del processo anatomo-patologico che è alla sua base. La denominazione comune di « reumatismo muscolare » è impropria perchè l'affezione non è nè reumatica nè muscolare. Il tessuto fibroso costituisce i tendini, le aponeurosi, le parti interstiziali dei muscoli, e solo per questo l'inspessimento e l'indurimento di queste parti danno manifestazioni sintomatiche riferite ai muscoli. Un'altra denominazione che spesso viene data alla fibrosite è quella di « neurite » ma solo in determinati casi si tratta effettivamente di una alterazione del connettivo dei nervi.

La vera infezione reumatica, specie nei giovani, è una causa comune di dolore a tipo fibrositico. Ma il nodulo reumatico differisce da quello della fibrosite sia per la sua struttura e distribuzione, sia perchè è assolutamente indolente anche alla pressione. Ciò non toglie che anche nel reumatismo si possono avere formazioni nodulari fibrositiche, ma esse vanno sempre considerate come manifestazioni secondarie.

La fibrosite può avere tre origini: tossiche ed infettive, traumatiche ed infine climatiche.

Tra le cause infettive le più comuni sono: l'influenza, la gonorrea e la sepsi orale. Tra quelle tossiche figura la gotta che costituisce una predisposizione ai dolori fibrositici.

I traumi possono agire acutamente provocando contusioni e lacerazioni, le quali danno luogo a fibrositi che hanno struttura e localizzazioni diverse da quelle di origine infettiva o tossica. I traumi cronici sono costituiti da sforzi unici ma continui o ripetuti (sollevare pesi o subirne l'azione, assumere certe attitudini).

L'azione delle variazioni atmosferiche su i dolori fibrositici è ben nota: ci sono individui così sensibili da potersi paragonare a barome-

tri. Di solito il dolore s'intensifica prima che avvenga il temporale più che al suo inizio, all'esposizione ai venti ecc. L'esatto meccanismo dell'azione delle vicende atmosferiche sui dolori fibrositici è oscuro.

La fibrosite può colpire qualsiasi parte del corpo, ma vi sono forme che per la loro frequenza, per la loro sintomatologia in rapporto alla sede meritano una speciale considerazione. Ci sono la cefalea fibrositica, la neuralgia del trigemino fibrositica, le fibrositi costali e addominali, la lombaggine e la sciatica.

La fibrosite cefalica provoca un particolare tipo di cefalea. Questa è ricorrente, persiste più o meno a lungo, da poche ore a settimane, ed ha un'intensità variabile. È spesso più grave al mattino, in rapporto alla congestione cefalica determinatasi durante la notte, o anche alla sera, forse a seguito degli sforzi fatti durante il giorno. È essenzialmente localizzata alla nuca od alla base dell'occipite e può estendersi in basso verso il dorso o a tutto il capo sotto forma di cefalea generalizzata. Tutta l'area fibrosa del cranio può diventare iperestesica e dolente alla pressione. Talvolta la fibrosite colpisce una metà sola del capo dando il quadro sintomatologico dell'emicrania. La diagnosi si basa sul fatto della localizzazione occipito-nucale della cefalea, della dolorabilità alla pressione delle aponeurosi e dei tendini della detta regione e talvolta anche della regione cervicale e dorsale della colonna vertebrale e delle fosse sopraspinose. Talvolta nel muscolo sottoccipitale ed in altri muscoli vicini si apprezzano indurimenti a forma di placche, cordoni o noduli.

Talvolta tali lesioni fibrositiche si verificano nei muscoli della faccia e del giugiulo dando luogo a manifestazioni dolorose che assomigliano a quelle della neuralgia facciale essenziale.

Di notevole interesse sono le fibrositi del torace. Il tessuto fibroso delle costole e delle loro cartilagini, nonchè dei rispettivi attacchi muscolari è sede frequente di piccole aree di fibrositi apprezzabili o non alla palpazione sotto forma d'indurimenti e dolenti alla pressione. Tali lesioni provocano, specie con i movimenti respiratori intensi dolori, che rispettivamente alla loro localizzazione possono essere scambiate con affezioni addominali e cardiache. Molti casi di così detta pleurodinia sono anche dovuti a fibrositi toraciche.

Anche il tessuto fibroso dei tendini e delle aponeurosi dei muscoli addominali può essere leso nello stesso modo, dando manifestazioni dolorose spontanee ed alla pressione che in relazione alla loro sede possono far sorgere il sospetto di appendicite, di colecistite e di ulcera gastrica. È ovvio che il dolore fibrositico è più superficiale perchè di origine parietale, mentre quello viscerale è più profondo. D'altra parte un altro elemento discriminativo è dato dal modo come si pratica la pressione, con la punta del dito e con il palmo della mano. Praticando la pressione con la punta del dito si riesce meglio a svelare il dolore fibrositico, perchè la parte lesa può essere meglio delimitata e pigiata leggermente senza provocare una notevole pressione sul contenuto addominale. Inoltre nella fibrosite i punti dolenti sono generalmente multipli e possono essere localizzati anche in sedi diverse dai noti punti delle malattie viscerali: spesso si riscontrano ai margini delle ossa dove non è possibile esercitare la pressione sugli organi sottostanti. Infine il dolore è quasi sempre intermittente e spesso è destato o esacerbato dagli sforzi e dalle variazioni metereologiche.

Un'altra fibrosite molto comune è quella che dà la lombaggine. Le aree d'indurimento, data la profondità dei muscoli colpiti, sono difficilmente esplorabili. Il dolore lombare può essere provocato anche da lesioni ossee, ma la lombaggine caratteristica è data da lesioni fibrositiche, le quali possono essere provocate da sforzi, lacerazioni muscolari o raffreddamenti.

La sciatica ripete spesso la sua origine da una fibrosite che colpendo i muscoli glutei investe poi il tronco dello sciatico alla sua emergenza dalla pelvi determinando una perineurite. I sintomi clinici di questa forma di sciatica sono essenzialmente: 1) un dolore indistinto alla palpazione profonda dello sciatico nel suo punto di emergenza; 2) dolore alla pressione di altre aree della regione glutea lontane dal nervo.

Altre forme di fibrositi sono quelle periarticolari che provocano dolori spontanei di varia intensità e forma e obiettivamente si rilevano con dolori alla pressione dei tessuti periarticolari ed aponeurotici.

Il trattamento delle fibrositi varia in relazione alla loro origine tossi-infettiva o traumatica.

Nel primo caso conviene curare il processo morboso causale (sepsi boccale, influenza, gonorrea, ecc.). Come medicamento sintomatico giova sempre l'aspirina.

Nelle forme dipendenti da attitudini viziose va innanzi tutto suggerita la correzione di tali attitudini.

In tutte le forme di fibrositi, comprese quelle traumatiche, va praticato il massaggio razionale che il più delle volte provoca il riassorbimento delle alterazioni fibrositiche. DR.

Saggi di termometria articolare.

(V. PUTTI e C. CASUCCIO. *La Chirurg. Org. Movim.*, dicembre 1934).

Gli AA. ricordano come col termine di termometria articolare si intende la misurazione della temperatura della cute che ricopre una articolazione; questa per unanime consenso è indice sicuro della temperatura dell'articolazione. Facendo un po' di storia gli AA. ricordano come già nel 1903 Bier usando il termometro cutaneo a spirale, avesse constatato aumento di temperatura di 1-2 gr. nelle artriti t.b.c. e come poi altri si fossero serviti di altri

tipi di termometri, mentre di recente il Payr ritornava al termometro cutaneo a bulbo spirale, dichiarandosi contento.

Per consenso dei vari AA. la term. cut. può essere di notevole ausilio diagnostico, essendosi trovata aumentata nelle artriti t.b.c. e mai, anzi abbassata, nel reumatismo cronico anchilosante e nell'artrite deformante.

Gli AA. per il loro studio si sono giovati dapprima del « Dermatherm Tycos » ch'è basato sul metodo del contatto termoelettrico e che per la sua esattezza e rapidità è il preferito nel campo scientifico, ed in Italia è già usato dal Chiasserini. Hanno però trovato che con tale termometro si saggia la temperatura di piccoli tratti di cute mentre per la clinica sarebbe bene avere un apparecchio che dia, in una sola misurazione, la temperatura di tutto il complesso articolare (temper. globale dell'articolazione).

Dopo vari tentativi gli AA. sono riusciti a costruirsi un termometro per l'articolazione del ginocchio.

Si tratta di un dispositivo di celluloide, approssimativamente della forma del ginocchio, che aderisce perfettamente con i margini ai limiti della regione articolare, a forma convessa, in modo che tra esso e la cute si formi uno spazio, una specie di camera d'aria, entro cui pesca un termometro a mercurio molto sensibile, che dista dalla cute 10 mm. e che dà la temperatura articolare, nel tempo massimo di 5'. I risultati di questo apparecchio, controllati con quelli ottenuti dalle misurazioni ottenute col « Tycos » si dimostrano esatti.

Hanno così trovato che in tutte le artriti, nelle osteomieliti iuxtaepifisarie, nei neoplasmi, la temperatura è aumentata; l'aumento maggiore si avrebbe nelle artriti post-traumatiche e poi nelle tubercolari e per ultimo nelle reumatiche e nelle infettive.

Riportano poi qualche saggio di termometria endoarticolare col termometro di profondità ideato da Zondek controllando l'aumento della temperatura articolare dalla superficie verso la profondità.

R. GRASSO.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

G. MELLI. *Il metabolismo minerale in rapporto alla funzione paratiroidea.* Vol. di pagg. IV-132, con 12 figure nel testo. L. Pozzi, Roma. Prezzo L. 18.

Riportiamo la prefazione del prof. C. Frugoni:

« La fisiologia e patologia delle paratiroidi sono ancora in gran parte oscure e da precisare. Le grandi speranze che talune recenti acquisizioni avevano fatto sorgere non si sono completate in più ampi sviluppi e tuttora la fisiologia del sistema paratiroideo mantiene grandi incognite e richiede indagini e precisazioni. E poichè la clinica ha portato così notevole contributo sia in campo patologico, che alla risoluzione dei problemi fondamentali che ancora si agitano in tema di fisiologia paratiroidea, così doppiamente tempestiva e preziosa è l'opera che il Prof. Melli presenta. Questa infatti riassume i risultati di tutta una larga e sistematica serie di ricerche che egli ha, nella mia Clinica, compiute. ispirate e dirette e che armonicamente, coordinate in reciproco fecondo collegamento, indagano il problema dalle origini, e nelle varie direzioni procedendo finiscono per convergere e concretarsi in quella sintesi unitaria che il momento consente.

« Opera quindi di coordinazione e di grande personalità ad un tempo che sintetizza ciò che di sicuro è oggi acquisito, apportandovi prezioso e largo contributo personale e di Collaboratori, e che precisa punti ancora indefiniti ed incerti ed indica le vie per le quali l'indagine deve incanalarsi per raggiungere quella conclusione unitaria cui aspira e volge tutta l'enorme massa di lavoro in questo senso compiuta.

« L'opera del Prof. Melli in quanto reca contributi di fatti, segna una tappa e un progresso nel difficile cammino, merita di essere segnalata ai biologi come ai clinici e patologi per la poderosità del lavoro, l'originalità e la genesi delle direttive, per i risultati conseguiti ».

Roma, maggio 1935-XIII.

Prof. CESARE FRUGONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

M. FAURE, BEAULIEU e R. CAHEN. *Néphrites toxiques aiguës.* Vol. di pag. 149. G. Doin édit. Paris, 1935.

È un volume della « collezione delle attualità di medicina pratica »: pertanto gli AA. fanno astrazione da quelle nefriti tossiche facili a ritrovarsi in ampia trattazione nei classici ma

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

piuttosto di non quotidiana osservazione, per es. la nefrite da cantaride. La pratica delle nefriti tossiche è circoscritta a quelle prodotte dal mercurio, dal bismuto, dall'oro, dagli arsenobenzoli, dal cloroformio, ecc. che traggono la loro ragione d'essere dalla attuale diffusione di prodotti chemioterapici di delicato maneggio, o dalla estensione dell'uso di antichi rimedi e sostanze per le quali la terapia ha schiuso nuovi orizzonti.

Così circoscritto, il manuale è indubbiamente a considerare ben riuscito: meccanismo di produzione, lesioni anatomiche, sintomatologia clinica, precauzioni da usare per evitarle, cura, sono esposte in dettaglio, e rendono la lettura dei vari capitoli, vantaggiosa pel pratico. MONTELEONE.

Carzinom. Wissenschaftliche Woche zu Frankfurt a/M., vol. II. Herausgeber: Geh. Rat. Prof. Dr. KOLLE. Vol. di pagg. VI-148, con 56 fig. Liepzig, Thieme, 1935. Prezzo RM. 9.

Raccolta di dieci conferenze sui tumori maligni e su argomenti affini trattati nella « Settimana scientifica » tenuta nel settembre scorso a Francoforte sotto gli auspici dello *Staats Institut für experimentelle Therapie* e dello *Speyer Haus*, i vecchi istituti di Paul Ehrlieh, e attualmente diretti dal Kolle.

Particolarmente importanti le trattazioni del Caspari sui processi di difesa dell'organismo contro i tumori maligni, in cui egli espone sinteticamente i frutti delle teorie e dei lavori suoi e della sua Scuola sulla Immunità non specifica e sui processi di difesa del reticolo endotelio, di Rajewsky sul meccanismo fisico di azione dei raggi Roentgen sulla sostanza vivente, secondo le vedute della scuola di Dessauer. Laibach parla sulle Auxine, su quelle sostanze scoperte da Kögl nei vegetali e che consideransi come « ormoni della crescita ». Teutschländer tratta i tumori di origine irritativa. Stepp alcuni lati del problema delle vitamine. Borst riferisce sui risultati delle sue ricerche di provocazione di tumori uterini mediante ormone ovarico.

Una seconda parte delle conferenze è di carattere più strettamente clinico, così quella di Schmieden (studio comparato fra terapia chirurgica e radiologica del cancro) e quella di Holfelder (la tecnica della roentgenterapia del cancro) e Kirchner.

Le più ampie riserve vanno invece espresse sulle conferenze di Schilling e di Klein, di cui si è ampiamente occupata la stampa medica ed extra-medica degli ultimi mesi.

Interessanti spunti presentano le discussioni seguite ad ogni conferenza, in cui troviamo contributi di alcuni fra i più noti biologi, oncologi, clinici, e radiologi europei: Lumdsen, Sachs, Abderhalden, Pentimalli, Fichera Martius, Kirchner, Holthusen, Wintz ecc.

La raccolta, di notevole interesse pel cultore di problemi di oncologia e di biologia generale ad essa connessi, e contenente anche articoli interessanti il clinico, è preceduta da una prefazione del Kolle sottolineante l'importanza oggi più che mai della intima collaborazione fra cultori di discipline affini e fra scienziati dei diversi paesi. ALDO CALÒ.

N. FUCCI. *Diabete mellito. Contributo anatomo ed istopatologico.* Un vol. di pag. 182, con fig. Bologna, L. Cappelli, editore, 1935.

Preziosa monografia che, prescindendo da ogni accenno sperimentale o clinico, affronta la questione della patogenesi della sindrome diabetica in base ad accurate personali osservazioni anatomo-patologiche, ed alla letteratura finora esistente.

In successivi capitoli, dopo aver dettagliatamente esposte tre osservazioni personali, descrive le alterazioni riscontrabili nel pancreas, di poi nel fegato, nel sistema nervoso, centrale e periferico, nell'ipofisi e nella regione tubero infundibolare, nella tiroide e nei surreni. nel timo, paratiroidi, milza, glandole genitali, glandole salivari, nel cuore, vasi e reni. Lavoro d'insieme quindi, organico, completo, sull'istopatologia del diabete mellito, guida utile per gli studiosi che finora non avevano a loro disposizione una chiara ricapitolazione di quanto le ricerche hanno messo in evidenza. Una ponderata critica dei reperti ed una cauta disamina dei vari schemi sostenuti dai diversi autori, dal punto di vista della patogenesi della sindrome diabetica, una completa bibliografia, chiudono la proficua lettura del libro.

MONTELEONE.

A. RAVINA. *L'Année thérapeutique.* Un vol. in-16°, di 192 pagg. Masson et C.ie, Paris, 1935. Prezzo 18 frs.

Come di consueto, l'A. presenta anche per quest'anno ai pratici un riassunto dei fatti nuovi sulla terapia. pubblicati nel 1934. Divide la materia trattata in vari capitoli:

1) *Le malattie ed i sintomi,* per cui espone 47 nuovi metodi di trattamento riguardanti fra l'altro le aortiti, l'anemia perniciosa, l'angina pectoris, l'asma, le ustioni, l'encefalite epidemica, la furunculosi, le emottisi, l'iper- e l'ipocloridria, la ipertensione, la polmonite, l'ulcera gastrica, l'orticaria, ecc.

2) *Le tecniche e gli apparecchi* sulla anestesia, radioterapia, trasfusione sanguigna, instillazione endovenosa, ecc.).

3) *I nuovi medicamenti,* fra cui considera gli aminoacidi, la crisoterapia, la digitale, l'efedrina, il veleno delle api e quello del cobra, ecc.

Il medico pratico troverà qui una buona raccolta di fatti che gli saranno indubbiamente utili nell'esercizio professionale.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Lombarda di Medicina.

Seduta del 22 marzo.

Presidenza: Prof. FERRATA.

L'epatoterapia per via endosternale nell'anemia perniciosa.

ROVERSI. — L'O., dopo di aver ricordato le esperienze di Josefson riguardanti l'introduzione endosternale di estratto epatico in ammalati di anemia perniciosa e dopo di averne descritto la tecnica, riferisce di quattro casi da lui trattati con epatoterapia endosternale. L'esperienza dell'autore ha documentato che l'estratto epatico introdotto per via endosternale ha un'efficacia terapeutica senza dubbio molto più rapida e intensa della sua introduzione per qualunque altra via. Descrive le modificazioni osservate nello stato generale dei malati e il rapido miglioramento della crasi sanguigna. In tre casi fu anche evidente la crisi reticolocitaria, la quale per altro non è più oggi generalmente ammessa come un sicuro indice della efficacia di una terapia antianemica.

Discussione: FERRATA, RAGAZZI, LUCCHINI, ROVERSI.

Sopra le oligurie degli itterici.

GERBI. — La prova di diluizione nel cane reso itterico mediante legatura del coledoco, si dimostra deficitaria rispetto a quella ottenuta nello stesso cane prima di impedire il deflusso biliare nell'intestino.

La prova di diluizione nel cane che ha il coledoco allacciato ed elimina la propria bile all'esterno, attraverso ad una fistola della cistifellea, risulta invece uguale a quella dell'animale prima dell'intervento operativo. Se ne conclude che il fatto del versarsi bile nell'intestino non ha una particolare importanza nel fenomeno della poliuria da ingestione d'acqua, mentre, quando si provoca l'ittero, forse per la diminuita tensione superficiale del siero indotta dalla ritenzione dei sali biliari si ha oliguria.

Discussione: CANTONI, GERBI.

La radiografia in posizione capovolta nella diagnosi di lesioni polmonari.

MALPELI. — L'O., premesse alcune nozioni di fisica polmonare, descrive le modalità di esecuzione della radiografia toracica in posizione capovolta ed illustra con radiografie in posizione verticale e capovolta, l'importanza nella diagnostica polmonare di questa nuova tecnica radiologica, soffermandosi specialmente sulle interessanti deduzioni che se ne possono trarre in vista di un intervento collassoterapico e soprattutto chirurgico.

Discussione: PARODI, PERIN, CARPI.

Un nuovo sfigmooscillografo.

SEGRE. — L'O. descrive ed illustra un nuovo oscillometro scrivente i cui pregi sono: sicurezza dei dati forniti per il costante controllo della pressione mediante un RIVA-ROCCI annesso; osservazione protratta per lungo tempo ed a pressioni diverse; registrazione contemporanea della frequenza del polso; possibilità di segnare sul tracciato l'inizio, la durata e la fine di qualsiasi prova eseguita durante la raccolta oscillografica; ed infine la facilità di trasporto dell'apparecchio, dato il suo modesto volume.

Seduta del 29 marzo 1935.

Presidenza: A. FERRATA.

Osservazioni e considerazioni cliniche sulla tubercolosi miliare.

A. FERRATA. — L'O. fa anzitutto una netta distinzione tra forme di miliare acuta e cronica. Rarissimi, afferma, i casi di forma acuta febbrile che vengono a guarigione. I casi che vengono a guarigione sono invece quelli di forme croniche: si tratta di pazienti che talora vengono alla nostra osservazione con sintomatologia vaga, imprecisa. È da notare come essi non presentino mai tosse, fatto che, per quanto straordinario in malattie polmonari, è perfettamente noto anche nelle forme di miliare acuta. Nemmeno la temperatura dà elementi utili ai fini diagnostici: talvolta essa è così scarsa da essere rilevata solo con accurate misurazioni termometriche. Mancano in questi casi anche la cianosi e la tachipnea. Il quadro radiologico invece documenta esso solo in modo inequivocabile la presenza di una forma miliare. La prognosi infausta che si fa in tali casi può non avverarsi. È specialmente da notare la possibilità di modificazioni del quadro radiologico in netto contrasto con quanto si osserva nella guarigione delle comuni forme di tbc.; infatti i fenomeni di fibrosi possono mancare completamente.

Considerazioni cliniche sopra un caso di tubercolosi miliare generalizzata polmonare a risoluzione spontanea.

U. CARPI. — L'O. discute dapprima le varie teorie riguardanti i modi di reinfezione tubercolare e accenna al problema della reinfezione endogena per via ematica. Descrive il caso clinico, riguardante una ragazza, la quale, dopo di aver presentato il quadro clinico e radiologico assai grave di una tubercolosi miliare acuta, migliorò gradualmente con una cura climatica opportuna.

L'osservazione radiologica dell'apparato respiratorio mostrò la graduale regressione delle localizzazioni, con trasformazione dei focolai infiltrativi in focolai produttivi e fibrosi interstiziali in alcune zone circoscritte a sede iloclaveare, mentre nelle altre zone di disseminazione si potè constatare un riassorbimento dei focolai.

Discussione: MARCORA, CESA BIANCHI, ZOJA.

Contributo allo studio della artrografia col thorotrast.

COSSALI. — Riassunte brevemente le varie applicazioni che i sali di torio trovano nell'indagine radiologica, l'A. riferisce i primi risultati di ricerche sperimentali e cliniche sulla dimostrazione delle cavità articolari mediante il thorotrast.

Aneurisma dell'aorta addominale, infarto miocardico, ernia strozzata.

CALABRESI. — Presentazione di un caso di aneurisma dell'aorta addominale operato per strozzamento erniario poche ore dopo l'istituirsi di un'occlusione coronaria; decorso post-operatorio immediato buono; esito in 25^a giornata per broncopol-

monite. L'O. illustra il reperto anatomico in rapporto alla diagnosi di sede dell'infarto miocardico.

Seduta del 19 aprile 1935.

Presidenza: Prof. FERRATA.

Sull'organotropismo sperimentale degli streptococchi.

CELLINA M. e GUZZI L. — Gli OO. riferiscono i primi risultati delle loro ricerche sull'organotropismo elettivo sperimentale, degli streptococchi. Dai primi risultati ottenuti, nettamente favorevoli, gli OO. sono spinti a continuare ed estendere le ricerche iniziate.

Un caso atipico di miastenia grave.

V. PORTA. — Viene descritto un caso di miastenia grave oftalmoplegica con interessamento dei muscoli del tronco e dei cingoli toracico e pelvico; si discute la natura probabilmente organica della paralisi dei movimenti di verticalità dei bulbi oculari, data la coesistenza di sintomi cerebrali e piramidali, messi in maggior evidenza dall'inizione terapeutica di Prostigmina, che fa scomparire completamente per alcune ore la sintomatologia miastenica, permettendo il completo ricupero funzionale.

Viene accennato il problema patogenetico e terapeutico della miastenia.

La terapia si basa sulla prostigmina, l'efedrina, la glicocolla; nel caso in questione anche irradiazione del mesencefalo.

Tentativi terapeutici di ripristino della funzione muscolare in alcune miopatie.

BERGAMI e PORTA. — Basandosi sulle recenti acquisizioni sul meccanimo chimico di trasmissione dell'eccitamento neuro-muscolare, gli OO. hanno indagato l'influenza esercitata da un farmaco ad azione eserino simile (prostigmina) sulla funzione muscolare in tre casi di distrofia muscolare progressiva e in un caso di miastenia grave. Nelle distrofie muscolari l'azione favorevole è stata appena accennata mentre nella miastenia si è ottenuto un ripristino funzionale completo della durata di circa 8 ore, che si è ripetuto ad ogni iniezione di prostigmina. Gli OO. mettono il meccanismo d'azione del farmaco in relazione con un'eventuale inattivazione della colina-esterasi.

Discussione: BESTA, FERRATA, BERGAMI.

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 7 marzo 1935.

Presidente: Prof. F. A. FODERÀ

Emiplegia senza focolaio.

Proff. E. GREPPI, P. REDAELLI. — Epicrisi clinico-anatomica intorno ad un vecchio arteriosclerotico che presentò emiplegia destra classica della durata di quattro giorni, senza focolaio di rammollimento. Gli OO. interpretano il caso come esempio di eclissi cerebrale per brusco, parziale deficit circolatorio da episodio ipotensivo in soggetto arteriosclerotico già iperteso; ed accennano successivamente ai tre quesiti dell'evoluzione sclerotico-senile nella malattia ipertensiva, degli insulti cerebrali ischemici per ipotensione relativa negli ipertesi, e della suscettibilità precoce delle vie motrici ad un deficit circolatorio non ancora fatale per l'insieme del tessuto nervoso.

La cataratta endocrina

Prof. ALAJMO e dott. RUBINO. — Gli OO., dopo aver fatto rilevare l'importanza che può avere la disfunzione endocrina nella genesi della cataratta e l'utilità dell'indagine e dell'aspetto biomicroscopico per la diagnosi di cataratta endocrina, specie nei casi in cui mancano segni palesi di disendocrinopatia, passano all'esposizione dei casi pervenuti alla loro osservazione, fermandosi particolarmente sui caratteri biomicroscopici delle catatatte da loro osservate e descrivendo un particolare aspetto, da nessuno finora descritto, a carico della superficie anteriore del cristallino, che definiscono come un caratteristico « *aspetto untuoso a carta geografica* ».

Fanno poi alcune considerazioni di indole clinica ed etio-patogenetica rilevando l'importanza che deve avere il sistema ionico-salino e specialmente il calcio nel determinismo della cataratta. Prospettano in ultimo un meccanismo d'azione del Ca^{++} sul cristallino, non escludendo però l'influenza di altri fattori nel determinismo dell'opacità lenticolare.

Esplorazione funzionale del sistema reticolo-endoteliale col rosso congo nell'ozena nasale.

Prof. S. BARBERA. — L'O. ha esplorato la funzionalità del sistema reticolo-endoteliale con la prova di Adler e Reimann in 12 casi di ozena nasale non curata.

In tutti i casi, meno che in uno, ha trovato un indice di ritenzione superiore al normale.

In altri due casi, già precedentemente trattati con l'autovaccinoterapia polimicrobica e clinicamente guariti, ha trovato un indice di ritenzione normale.

Confronto fra il metodo a secco e il metodo ad umido per la determinazione del diametro eritrocitario.

Dott. S. PONA. — L'O. attraverso 45 osservazioni di cui 10 in individui sani e 35 in individui con crasi sanguigna alterata fa il confronto fra il metodo a secco ed il metodo ad umido di Paolazzi e Rossi, per la determinazione del diametro eritrocitario. Il confronto riesce nettamente favorevole al metodo ad umido: 1) per la sua semplicità di esecuzione; 2) perchè presenta i globuli rossi in un ambiente molto simile al fisiologico, in quanto isoionico, issosmotico e perchè la presenza di un colloide (Brillanthresilblau) evita la loro deformazione; 3) perchè permette chiaramente di vedere l'eventuale esistenza di anisopoichilocitosi. Stabilisce, secondo il metodo ad umido, il diametro medio globulare in μ 6,62 e la formula normale su tre colonne.

Sopra due casi di solco glottideo nell'uomo.

Dott. G. B. FORNARI. — L'O. passa in rapida rassegna l'esiguo numero di lavori pubblicati su questo argomento e rende noti due nuovi casi di solco glottideo bilaterale osservati all'esame laringoscopico in una donna di a. 32 e in un uomo di a. 35. Si sofferma infine a discutere la diagnosi, il significato e la rarità di tale formazione.

Il Segretario: Prof. G. DI MACCO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Diagnosi e trattamento degli itteri benigni.

N. Fiessinger (*Journ. des praticiens*, 16 marzo 1935) consiglia anzitutto di eliminare i falsi itteri: da acido picrico (colorazione della pelle, ma non delle mucose) da carotene (pelle gialla alle piante ed alle palme, ma non gialle le mucose ed urine non bilirubinuriche: reazione di Gmelin).

Si può avere un ittero 1-2 giorni dopo la colica; esso dura pochi giorni od a lungo se il calcolo rimane nel coledoco. In tal caso, si deve essere prudenti nel formulare la diagnosi, in quanto che vi sono delle crisi dolorose epatiche anche nell'ittero benigno, che può essere talora prolungato. In un caso dell'A., al secondo mese di un ittero, si pensa già ad un intervento chirurgico, tanto più che una violenta colica epatica fa pensare ad un calcolo; data però la colorazione delle feci, l'A. diagnostica un ittero prolungato, terminatosi con l'espulsione di bile spessa ed il malato guarisce.

L'ittero cronico può confondersi con un ittero catarrale prolungato; la prova al galattosio permette di opporre l'ittero da epatite all'ittero ritenzionale.

Piccoli stati tossici febbrili con ittero possono aversi in seguito ad iniezioni di preparati arsenobenzolici; ne è discutibile la natura se tossica od infettiva.

Importante è la distinzione dell'ittero catarrale comune con quello da spirochetosi. La professione del malato (macellai, operai di fogne) può dare delle indicazioni; l'emocultura deciderà.

Per il trattamento, si metterà subito il malato a dieta lattea o latto-vegetariana, evitando i grassi ed il burro fresco ed insistendo soprattutto sui carboidrati; niente carne o protidi solidi fino a che non sia ritornato il colore delle feci.

Utili sono i sali biliari a dosi di cg. 50 al pasto di mezzogiorno. Si può tentare l'urotropina, sebbene questa abbia azione incerta, poichè la causa dell'ittero non è biliare, ma epatica. Utile è la terapia colagoga: soluzioni alcalino-sodiche o magnesiache, estratti vegetali (boldo, carciofo) e consigliabili clisteri quotidiani, caldi o freddi.

Importante è il « tubaggio » duodenale; in mancanza di esso, l'A. consiglia l'acqua di Vichy (Hôpital) a digiuno.

Il malato va sorvegliato: iniezioni di siero zuccherato, iniezioni di insulina dando contemporaneamente dello zucchero; estratti epatici o, meglio, di lobo anteriore di ipofisi. Evitare soprattutto le medicazioni anti-infettive violente e mettere piuttosto in opera una medicazione anodina che risparmi gli emuntori. Prima di decidersi ad eventuali interventi assodare bene la diagnosi della causa della ritenzione. *fil.*

La vescichetta biliare doppia.

Ben noti sono i casi di duplicità della vescichetta biliare, ma in nessun caso della letteratura, tale malformazione ha dato luogo a sindromi cliniche.

Stöhr (*Zbl. Chir.*, 61, 2202, 1934) ha osservato in un ospedale della Cecoslovacchia un caso di una ragazza di 19 anni presentante frequenti e violente coliche epatiche, non accompagnate nè da febbre nè da ittero, nè da alterazioni delle feci o delle urine.

Nulla all'esame obiettivo all'infuori di dolenzia alla pressione all'ipocondrio di D. Aumentando i dolori di frequenza e di intensità viene praticato un intervento che permette di stabilire la presenza di una tumefazione grossa come una noce giacente sul duodeno, avente l'aspetto di una cisti.

Tale tumefazione, punta, diede luogo a fuoriuscita di bile normale. Speritonealizzata e preparata, si vide che essa non era che una seconda vescichetta biliare, il cui cistico si riuniva dopo un breve tragitto al cistico della vescichetta principale. Si trattava quindi di una vescichetta biliare doppia a cistico comune. Ambedue le vescichette erano normali.

La vescichetta n. 2 viene asportata, e da allora la paziente nota scomparsa completa dei disturbi.

Il meccanismo di insorgenza della sindrome clinica, che è una sindrome da ritenzione acuta, si spiega, secondo l'A., nel modo seguente: nella cistifellea esiste una fase di riempimento ed una di svuotamento. Durante lo svuotamento, data la brevità dei tratti biforcati del cistico, si doveva avere necessariamente un reflusso di bile da una vescichetta nella seconda. Di qui la crisi di distensione.

ALDO CALÒ.

Sull'etiologia e la sintomatologia della temporanea occlusione delle arterie mesenteriche.

Störring (*Mitt. a. d. Gring. M. Chir.*, vol. 43, fasc. 5) riporta due casi caduti alla sua osservazione di questa rara entità nosologica. La causa dell'occlusione arteriosa sarebbe, secondo i dati dell'autopsia, per uno un trombo esistente sull'aorta in corr. dell'origine della mesenterica superiore, fluttante e occludente talvolta parzialmente, talvolta completamente la mesenterica; per l'altro caso da un aneurisma dell'aorta situato anch'esso in corr. dell'origine della mesenterica e capace con la compressione di determinare l'occlusione mesenteriale: infatti con la posizione genu-petto-

rale i sintomi più minacciosi si attenuavano.

Per entrambi i pazienti si ebbe una storia di qualche anno di attacchi ripetentisi ad intervallo finchè per uno più grave si ebbe la morte con i sintomi noti dell'occlusione dell'arteria mesenterica.

Per il primo fu tentato un intervento chirurgico con insuccesso. Il 2° caso è reperto di autopsia. V. GHIRON.

Peritonite cronica fibrosa incapsulata.

Brückner (*Zbl. chir.*, n. 46, 1934) riferisce due casi di peritonite cronica fibrosa incapsulata osservati nell'ospedale di Bielsko e guariti con cura chirurgica. Si tratta di una affezione molto rara di cui si conoscono circa 32 casi certi nella letteratura mondiale. Il quadro clinico è quello di una occlusione intestinale acuta o subacuta.

Anatomicamente si riscontra una membrana sacciforme, più o meno spessa, talora con focolai di calcificazione che involge, in parte o in totalità, l'intestino tenue le cui anse sono agglomerate da lasse aderenze ma senza alterazioni parietali. Il crasso è indenne. Nel cavo peritoneale si riscontra scarso liquido giallo-ambra che all'esame batteriologico è risultato sterile. Il fegato e la milza raramente sono interessati. Gli organi del piccolo bacino sono indenni.

L'etiologia e la patogenesi sono ancora oscure. La cura, praticata da B. nei suoi due casi con successo, consiste nel resecare la formazione sacciforme fin dove è possibile e liberare le anse del tenue in essa inglobate.

G. PACETTO.

Sulla presenza di piccoli focolai di necrosi pancreatica in varie malattie.

R. Jaffè e M. Löwenburg ricordano che già Kehr su più di 500 laparatomie per calcolosi biliare trovò presenza di piccoli focolai di necrosi pancreatica nel 25 % dei soggetti. Gli AA. in un gran numero di autopsie avrebbero riscontrato che più della metà dei casi di reperti positivi era dato dai calcolosi delle vie biliari. Questo ha importanza forse per fornire una spiegazione di molti disturbi postoperatori degli operati nelle vie biliari.

In proporzione molto minore tale reperto si avrebbe anche in gastro-pazienti e nei malati del cuore e dei vasi. V. GHIRON.

SEMEIOTICA.

Modificazione della reazione di Cuboni per la diagnosi di gravidanza.

La reazione di Cuboni si esegue nel modo seguente. A 5 cmc. di urina filtrata per carta, si aggiunge 1 cmc. di H_2SO_4 concentrato e si tiene la provetta in bagnomaria bollente per 10'. Si raffredda sotto getto d'acqua e si mescola in imbuto separatore con 5 cmc. di benzolo; si agita per circa 50 colpi e si lascia separare il benzolo.

Di quest'ultimo, eventualmente previa filtrazione, si prelevano 3 cmc., che si mettono in una provetta e si fanno evaporare a bagno maria a 70°-80° circa (eventualmente aiutandosi con una pompa a caduta d'acqua). Al residuo secco, si aggiungono cmc. 0,8 di acido solforico facendoli scorrere lungo le pareti della provetta e si scalda per alcuni minuti a 80°.

Per accelerare la reazione, si può aggiungere ai 3 cmc. del soluto benzolico 1 cmc. di H_2SO_4 e riscaldare qualche minuto a 80° agitando bene in modo da mescolare il benzolo e l'acido. Si lascia quindi riposare e raffreddare per 5 o più minuti, fino a che sotto il benzolo si raccoglie l'acido solforico che, *se contiene follicolina*, appare intensamente colorato in rossastro e fluorescente a luce incidente.

N. Consoli (*La Clinica ostetrica*, febbraio 1935) ha modificato la reazione nel modo seguente.

In 5 provette, si mettono dei campioni di urina in esame. Nella prima 10 cmc. di urina semplicemente filtrata, nella seconda 10 cmc. di una diluizione della stessa a 4/5 di urina; nella terza 10 della diluizione a 3/5; nella quarta a 2/5; nella quinta a 1/5.

Si aggiungono ad ognuna cmc. 2 di H_2SO_4 e si tengono in bagnomaria bollente per 10 minuti, dopo di che si aggiungono ad ogni provetta 6 cmc. di benzolo agitando per 100 volte in imbuto separatore.

Da ogni provetta si prelevano 3 cmc. di benzolo che si mettono in altrettante provettine tenendole poi a 80° fino a disseccamento; si fanno scorrere, poi, lungo le pareti cmc. 0,8 di H_2SO_4 e dopo agitazione, si lasciano in bagnomaria a 90° per alcuni minuti. Si fa la lettura dopo 4 ore.

Dalle esperienze dell'A. risulta che la reazione è stata completamente negativa con le urine di uomo. Con quelle di donna sana, o ginecopatica, è stata pure negativa o positiva soltanto nella prima o seconda provetta.

A termine di gravidanza è stata positiva in tutte le 5 provette. Nei primi mesi, la positività si è fermata spesso alla terza od alla seconda; in qualche caso, con Aschheim-Zondek dubbia, è stata negativa.

In complesso, però i risultati sono migliori di quelli ottenuti con la tecnica di Cuboni, pure rimanendo un po' incerti all'inizio della gravidanza. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

Contributo allo studio del probabile ufficio del silicio nella immunità contro la tubercolosi polmonare.

R. Royo Villanova e J. Pardo Canales (*Bull. de l'Académie de Médecine*, 19 febbraio 1935), che precedentemente si sono occupati dell'influenza del silicio sulla biologia del bacillo di Koch, ne segnalano oggi quella sulle culture

del bacillo stesso. Essi hanno eseguito le loro ricerche su due serie parallele di culture, una di bacillo bovino ed una di bacillo umano. I bacilli erano seminati su patata glicerinata in tubi di Roux e vi si aggiungevano differenti proporzioni di acido silicico all'1%. Dopo sterilizzati i tubi venivano posti in stufa a 37°; nel corso della osservazione durata due mesi, si notò che nei tubi della serie del bacillo bovino, nei quali era contenuta la proporzione maggiore di acido silicico, la cultura non si era sviluppata. A mano a mano che le proporzioni di acido silicico diminuivano, le culture erano più rigogliose. Identici risultati si ebbero nella serie dei tubi seminati con bacillo umano.

VICENTINI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Prognosi dell'embolia cerebrale. — Al dottor G. B. da G. (abbonato 5578-12112):

L'imponenza e la persistenza dei disturbi motori-sensitivi dipendenti dall'embolia cerebrale sono in relazione all'importanza e alla sede dell'arteria occlusa, e quindi della grandezza e localizzazione del focolaio di rammollimento.

Di regola si può avere l'attenuazione dei disturbi con la cessazione dei fatti reattivi provocati dal disordine circolatorio locale, ma non la loro scomparsa.

L'accidente iniziale è acuto, ma la condizione che ne segue non può dirsi cronica perchè non è legata ad un processo morboso in atto: si tratta di un fatto persistente determinato dalla cessazione di funzione di una zona dell'encefalo definitivamente alterata.

DRAGOTTI.

VARIA

Medicina abissina.

A Dabbert riporta nella *Deutsche med. Wochens.*, n. 16 e segg. le sue impressioni sull'Abissinia, da cui togliamo alcune notizie sulla medicina.

Le malattie veneree vengono curate con rimedi locali, fra cui ha grande importanza il mercurio. Gli Abissini usano anche una specie di coppette, fatte con l'estremità di un corno di bue, che viene posto su una piccola ferita fatta lì per lì; il « guaritore » aspira con tutta la forza dei suoi polmoni il sangue. Anche la cauterizzazione è spesso utilizzata e, nelle malattie interne, si appoggia spietatamente un ferro rovente sulla superficie prossima al punto malato.

Largamente usata è la fitoterapia e le varie specie di piante vengono adoperate come decotti, cataplasmi, polveri disseccate, ecc.; forse gli studi di farmacologi rivelerebbero delle nuove medicine attive. La raccolta e la somministrazione delle varie erbe è connessa con pratiche d'indole magica; così alcune debbono essere raccolte a determinate ore del giorno o della notte, preparate in segreto e somministrate in dati modi. Molto usato contro le tenie è il « kosso », il fiore di un albero, che viene disseccato e poi spappolato con acqua; il sapore ne è terribilmente disgustoso e ci vuole del coraggio per ingerirlo.

Contro la rabbia, si usa la polvere della carne di un bue morto di rabbia, un rimedio che si ritiene prezioso e che gli specialisti vendono molto caro. È anche praticata la vaccinazione antivaiuolosa, in modo barbaro, innestando cioè al sano il pus di un individuo già malato.

All'età di 10-15 giorni, si pratica la circoncisione, che viene fatta in modo primitivo da un prete; così pure questi, quando un bambino è malato di angina, gli strappa barbaramente l'ugola mediante un cappio formato da tre crini di cavallo.

Sorprendente è la rapidità con cui guariscono le ferite. A tale proposito, l'A. cita due casi dimostrativi. Una volta, gli fu portato un individuo in cui non si vedeva quasi più la faccia; un colpo di sciabola gli aveva tagliata la pelle della fronte, che si era ripiegata in basso, coprendo buona parte della faccia: asportazione della terra e della paglia che vi si erano incollate e fasciatura alla meglio con un pezzo di garza. Dopo 3 settimane, l'individuo era perfettamente guarito e gli si prosternava ai piedi dichiarando che egli era diventato suo padre e sua madre. In un altro che, per la caduta col viso su una pietra si era fatta una ferita che sembrava una seconda bocca, bastarono 5-6 punti di sutura per farlo guarire in 5 giorni.

La religione ha gran parte nella medicina abissina; i malati, quando sono costretti a letto vengono portati in chiesa ed ivi lasciati per vari giorni. Così pure le sorgenti minerali vengono considerate come sacre e molto usate per varie infermità.

Nella capitale, vi sono 6 grandi ospedali, molti ambulatori e vi esercitano una trentina di medici europei. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

V. FORTI. *Il gozzismo nella provincia di Teramo.* — Stamperia F. Fiori, Ascoli Piceno, 1934.

C. L. EMILIANI e A. SIMILI. *La globinorrachia.* — Tip. Ed. Minerva, Torino, 1934.

P. TIMPANO. *Valore prognostico della v. di s. dei globuli rossi e dell'eosinofilia negli anchilostomiasici.* — Stamperia Mod. Roma, 1934.

LO PRESTI-SEMINERIO F. *Orchio-epididimite da setticemia Bruceana-Reale.* — Tip. Pansini, Napoli, 1934.

G. GOGLIA. *I principi attivi dell'olio di chaulmoogra e dell'olio di fegato di merluzzo nella terapia delle affez. respiratorie.* — Ist. Edit. Cesalpino, Varese, 1934.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

I rappresentanti della stampa medica ricevuti da Galeazzo Ciano.

Presso la sede del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, con l'intervento del presidente della Confederazione Fascista dei Professionisti e degli Artisti, on. Alessandro Pavolini e sotto la presidenza del segretario Nazionale on. Eugenio Morelli, si è tenuto un convegno dei rappresentanti dei più importanti periodici culturali e scientifici nel settore medico.

Dopo aver a lungo esaminati i problemi della stampa medica ai fini del suo miglior potenziamento e disciplinamento, e della sua maggiore diffusione in Italia e all'estero, i convenuti sono stati ricevuti da Galeazzo Ciano il quale ha assicurato il suo vivo interessamento alle questioni prospettategli tra le quali la costituzione di un Comitato per la stampa medica in seno al Sindacato Nazionale Medici ed in collaborazione col Sindacato Nazionale Giornalisti.

Sindacato medico di Roma.

Si è riunito il nuovo direttorio del Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia sotto la presidenza del prof. Perez, segretario provinciale. Il prof. Perez ha rapidamente esposto un ampio dettagliato programma di lavoro da svolgere, nel quale avrà da parte di tutti i collaboratori un contributo appassionato ed efficace.

Sindacato medico di Milano.

Una numerosissima Assemblea del Sindacato Medico di Milano si è riunita in piazza Duomo 20, sotto la presidenza del comm. Gino Rocca, presidente dell'Unione Provinciale Professionisti ed Artisti, presente il comm. Riva, rappresentante il Federale. Furono acclamate la Relazione morale letta dal segretario uscente prof. Baslini e quella finanziaria. Poi, dovendosi provvedere alle elezioni del Direttorio, l'assemblea ha rinominato il prof. Baslini segretario provinciale, e membri del Direttorio i camerati dott. Ettore Cattaneo, prof. Alfonso Cuzzi, dott. Nino Della Mano, prof. Mario Donati, dott. Emilio Marinoni, prof. Vito Massarotti, prof. Andrea Vinaj, dott. Emidio Berti, rappresentante dei Mutilati e dott. Piero Cirla, rappresentante del GUF. A revisori dei conti: dott. Mario Bernuzzi, dott. Antonio Carelli, prof. Silvio Palazzi.

L'assemblea ha iniziato e concluso i lavori con un vibrante saluto al Duce.

Sindacato medico di Napoli.

Si è tenuta l'assemblea ordinaria del Sindacato Provinciale Fascista dei Medici di Napoli, nel Salone di S. Maria la Nova.

Dopo il saluto al Duce, il segretario del Sindacato prof. Sorrentino commentò agli intervenuti l'importanza del nuovo ordinamento del Sindacato, che — per volontà del Duce — riunisce oramai in un unico ente la rappresentanza della Classe Medica.

Dopo aver riassunto l'opera svolta dal Sindacato Provinciale nell'interesse della categoria, portò un saluto al prof. sen. Salvi, Commissario dell'Ordine dei Sanitari.

Il segretario amministrativo dott. Paladino espose quindi all'assemblea il bilancio consuntivo per l'anno finanziario 1934.

Pure essendo stato disposto dal presidente dell'assemblea che la elezione — sia del segretario del Sindacato che dei componenti il Direttorio — venisse fatta per alzata e seduta, l'assemblea volle votare all'unanimità per acclamazione.

Dopo la elezione prese la parola il sen. Salvi il quale affermò e commentò l'alto significato del nuovo provvedimento governativo, che dava al Sindacato tutte le attribuzioni, anche quelle che erano state conservate dagli ultimi Consigli dell'Ordine.

Il nuovo Direttorio del Sindacato Fascista dei Medici è così costituito: segretario provinciale: prof. Urbano Sorrentino; membri del Direttorio: prof. Felice Baldi, dott. Alberto Botti, dott. Giovanni Di Lullo, prof. Giovanni Orsi, prof. Domenico Federico Pace, dott. Domenico Paladino, dott. Ferdinando Petilli, dott. Amedeo Tornatore; revisori dei conti: prof. Carlo Baccari, prof. Domenico Sarno e prof. Carlo Simeoni; fiduciario Sez. Odontoiatri: gr. uff. Pietro Spina.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Per la lotta contro la malaria.

Con decreto del Ministro dell'Interno in data 8 maggio 1935 sono state approvate le istruzioni tecniche per la profilassi antianofelica della malaria, particolarmente per l'esecuzione dei lavori e degli interventi antianofelici considerati nel titolo IV del R. D. 13 febbraio 1933-XI, n. 215, e per l'impianto dei mezzi di difesa delle abitazioni dalla penetrazione degli insetti aerei.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BUDRIO (*Bologna*). *Congregazione di Carità.* — Al 10 giugno; Direttore Chirurgo, Direttore Medico e due posti di Assistente Medico del sanatorio Zanardi. Rivolgersi alla Segreteria.

COSENZA. *Cassa Mutua di Malattia operai edili della Provincia di Cosenza.* — Scad. 8 giugno. Direttore Sanitario. Stip. L. 13.200 lorde. Età limite al 6 maggio anni 40. Il candidato prescelto, prima di prendere possesso dell'incarico, dovrà, entro 10 giorni dalla data di nomina, rilasciare una dichiarazione dalla quale risulti che egli non ha altri incarichi di qualsiasi natura retribuiti. Tassa concorso L. 100.

FELTRE (*Belluno*). *Ospedale Civile S. M. del Prato.* — Si assume subito Medico Assistente per la Sezione Manicomiale di questo Istituto. Nomina provvisoria per sei mesi. Certificato esame di Stato e inscrizione al P. N. F. Età massima anni 35.

FIRENZE. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Medico aiuto dell'Istituto pre-sanatoriale e post-sanatoriale in Pratolino presso Firenze e medico aiuto del Dispensario Provinciale; stipendi rispettivam. L. 18.000 e L. 12.000; tre trienni dec.; alloggio per famiglia, illuminaz. e riscaldam.; chiedere annunzio. Scad. ore 16 del 24 luglio. Rivolgersi alla Segreteria (Palazzo Medico Riccardi, via Cavour 1). Docum. a 3 mesi dal 21 maggio. Età limite 40 anni. Titoli ed esami.

LIVORNO. *Accademia Navale.* — Scad. 12 giugno. Concorso per l'ammissione di un Medico specialista in odontoiatria, che dovrà prestare la propria opera due volte la settimana, nelle ore pomeridiane. Per parteciparvi occorre risiedere nelle Provincie di Livorno o Pisa o Firenze. Rivolgersi al Comando della R. Accademia.

MANTOVA. *Ospedale Civile.* — Scad. 30 giugno. Primario di medicina nell'Ospedale Civile; L. 7500 e 4 quadrienni decimo; c.-v.; percentuali; al lordo. Età limite anni 45. Informazioni dalla Segreteria.

UDINE. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Scad. 19 giugno. Secondo Medico Primario. Stip. L. 11.600; indennità serv. att. L. 2500; c.-v. lordi; alloggio non mobiliato per sè e famiglia, illuminazione e combustibile. Sei aumenti decimo (quattro quadriennali e due quinquennali). Età limite al 6 maggio anni 35. Tassa L. 50. Rivolgersi all'Amministrazione Provinciale.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione Fossati (R. Istituto Lombardo).

Tema: « Fisiologia del talamo e dell'ipotalamo ». Scad. 31 marzo 1936, ore 15. Premio L. 3000.
Tema: « Distrofia muscolare progressiva ». Scad. 31 marzo 1937, ore 15. Premio L. 3000.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con provvedimento inserto nella dispensa 22 del bollettino ufficiale i tenenti colonnelli medici prof. Gesualdo Giarrusso, dott. Antonio Turilli, prof. Paolo Romby sono stati, rispettivamente, nominati direttori degli ospedali militari di Milano, Udine, Cagliari.

Con R. decreto 5 marzo 1935-XIII (circolare n. 232 del G. M. c. a.) il tenente colonnello medico dott. Gerardo Graziola è stato nominato membro del Collegio medico-legale presso il Ministero della Guerra.

Il prof. J. Darier, presidente della Società Francese di Dermatologia, è nominato dottore *honoris causa* dall'Università di Budapest.

Il prof. Paolo Harvier è nominato titolare della cattedra di terapia alla Facoltà medica di Parigi.

ORDINE DEI SS. MAURIZIO E LAZZARO.

Commendatore: prof. Eugenio Di Mattei, già ordinario d'igiene a Catania.
Ufficiale: prof. Giovanni Pascale, già ordinario di clinica chirurgica a Napoli.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Grand'Ufficiale: prof. Giulio Chiarugi, già ordinario di anatomia umana a Firenze.

NOTIZIE DIVERSE

La Mostra degli Ospedali italiani.

Per iniziativa del Comitato generale, che ha provveduto all'organizzazione del IV Congresso internazionale degli ospedali, è stata organizzata nel Policlinico Umberto I di Roma la Mostra degli Ospedali italiani, con annessa un'esposizione di materiali sanitari varii, di fabbrica nazionale, comprendente, in genere, tutta la produzione che ha attinenza con le necessità assistenziali e d'arredamento tecnico ospedaliero.

La Mostra è stata allestita sotto le intelligenti e diligenti direttive del prof. Nicola Sforza ed è ospitata nel nuovo grande edificio testè costruito per la sede dell'Istituto di radiologia degli Ospedali di Roma e in due eleganti padiglioni antistanti rialzati e, ben si può dire, genialmente improvvisati su disegni del prof. Conti.

Mentre nell'edificio principale hanno sede le mostre che rievocano il glorioso passato e il fervido presente dei maggiori e più antichi ospedali italiani, nei padiglioni espongono l'Istituto Nazionale Fascista per le Assicurazioni sociali e la Direzione generale di Sanità militare.

La mostra è ricchissima di plastici, grafici, disegni, fotografie e altri mezzi dimostrativi, ottimamente disposti.

Meritano d'essere segnalati i plastici riproducenti il nuovissimo grandioso Ospedale Maggiore di Milano, l'Ospedale del Littorio di Roma, l'Istituto Sanatoriale Carlo Forlanini di Roma, il Sanatorio militare di Anzio, l'Ospedale Costanzo Ciano di Livorno, gli Ospedali di Genova, varî altri Istituti ospedalieri e sanatoriali, molti ospedali militari.

Di particolare interesse per la storia retrospettiva delle formazioni sanitarie militari, è il plastico riproducente le infermerie baraccate nella guerra di Crimea (Balaclava). Figurano nella mostra della Sanità Militare anche una serie di dipinti che riproducono le uniformi degli ufficiali medici, la collezione del « Giornale di Medicina Militare » ecc. All'ordinamento di questa mostra ha atteso il colonnello med. Delogu.

Il Ministero della Guerra ha anche curato, per la circostanza la pubblicazione di un elegante opuscolo illustrato.

* * *

La cerimonia inaugurale si è svolta il 22 maggio, con l'intervento di alte autorità e di numerose personalità del mondo sanitario. I convenuti furono guidati dal prof. Nicola Sforza, cui si deve l'interessantissima manifestazione.

La mostra rimarrà aperta a tutto giugno.

Congressi e convegni.

Nella Sala Reale dell'Accademia dei Lincei si è chiuso il Congresso mondiale degli ospedali con discorsi di varî delegati e del Prefetto Spano e con applausi all'Italia, al Re e al Duce. Il prossimo Congresso si terrà a Parigi.

Ricordiamo che la conferenza medica internazionale di educazione fisica e degli sport si terrà a Bruxelles dal 30 giugno al 3 luglio. Segretario: Dr. Rebuffat, rue de l'Abbaye 50, Bruxelles, Belgio.

Il 2° congresso internazionale delle scienze fonetiche si terrà a Londra dal 22 al 26 luglio. Rivolgersi a: Miss Parkinson, University College, London W. C. 1., Inghilterra.

Il 26 maggio si è radunato in Roma il II Congresso della Società Italiana di gastro-enterologia. Le sedute si sono svolte in mattinata presso l'Istituto di clinica medica diretto dal prof. C. Frugoni al Policlinico, e durante il pomeriggio nel nuovo fabbricato dell'ospedale di S. Spirito.

Al Convegno hanno partecipato personalità spiccate della medicina italiana e molti cultori della specialità.

Riferiremo prossimamente sui lavori.

Per il 16 giugno la direzione sanitaria dell'Istituto Ortopedico Matteo Rota di Bergamo, indice un Convegno di Ortopedia e Traumatologia sotto l'alto patrocinio della Presidenza della Società Italiana di Ortopedia; è assicurata la partecipazione fattiva dei migliori ortopedici e traumatologi italiani. Il Convegno è indetto per festeggiare il cinquantesimo anniversario della fondazione dell'Istituto e nella mattinata verranno svolte le cerimonie ufficiali e la contemporanea inaugurazione del nuovo reparto operatorio.

I titoli delle comunicazioni debbono essere inviati entro il 6 giugno.

Un congresso tedesco di ortopedia si terrà dal 2 al 4 settembre in Colonia, sotto la presidenza del prof. Hackenbroch (Orthop. Klinik, Bürgerspital, Köln, Germania).

Il 28 e 29 aprile, coll'intervento di oltre 300 medici provenienti dalle principali città italiane, si è tenuto presso le Regie Terme di Salsomaggiore un Convegno di Medicina Interna dell'Italia Settentrionale. Da insigni studiosi furono trattati varî temi: prof Francesco Schiassi, « Le pleuriti essudative »; prof. Nicolescu (Bucarest), « Sul meccanismo intimo dell'azione dello iodio nelle acque clorosodiche iodate »; prof. Giambattista Allaria, « Diatesi essudativa e scrofolosi » ed altri. Alle sedute hanno fatto seguito ricevimenti e visite ai grandi impianti termali e alla Stazione solforosa di Tabiano.

L'8° Convegno annuale dei tisiologi lombardi avrà luogo a Mantova il 9 giugno nel Palazzo del Governo (via Principe Amedeo) e nel Dispensario Provinciale (via Dante). Temi: prof. Orsi: « Forme morbose simulanti la tubercolosi polmonare »; prof. G. Ronzoni: « Emigrazione e tbc. nelle provincie Lombarde (con speciale riguardo all'assistenza all'estero e in patria) ». Rivolgersi alla Sezione Regionale Lombarda della Federazione It. Naz. Fascista per la lotta contro la tubercolosi, via Gaudenzio Ferrari, Milano.

Nel mese di settembre sarà convocato in Roma, ad iniziativa della Associazione Volontari Italiani del Sangue, il 1° Congresso Internazionale della Trasfusione del Sangue, al quale hanno già aderito altissime personalità scientifiche dei diversi Paesi.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Congresso in Milano, via Palermo 1.

La Società svizzera medico-biologica terrà la sua 17ª riunione annuale dal 17 al 20 agosto, unitamente alla Società svizzera dei naturalisti. Rivolgersi al segretario, P.-D. Dr. A. Fonio, Langnau (Bern), Svizzera.

4ª Settimana medica padovana.

Il Sindacato Fascista dei Medici di Padova, in unione con la Facoltà Medica, ha organizzato la IV Settimana Medica, allo scopo di consentire ai medici di aggiornare le loro cognizioni su alcuni importanti problemi della medicina.

Le lezioni saranno tenute dal 10 al 16 giugno dai proff. Pellegrini. Gasbarrini, Perona, Bertino, Frontali, Scimone. Vespignani, Oselladore, Fasiani, Comolli, Roncato, Gronchi, Truffi, Pari, Peserico, Casagrandi, Guerrini, Meneghetti, Zamboni, Lo Cascio, Delitala, Riquier, Brunetti, Cavina, Cagnetto ed altri. Le lezioni saranno alternate da visite e gite e verranno estratti premi e rilasciati certificati di frequenza.

Le iscrizioni si ricevono dal segretario del Sindacato dei Medici di Padova, prof. Riquier.

La salute pubblica nelle Colonie.

Nel suo recente discorso al Senato, l'on. Lessona, a proposito delle condizioni igieniche delle nostre Colonie, ha dato le assicurazioni più ampie e confortanti. « Il problema idrico — egli ha detto — non scevro di grandi difficoltà, ha trovato conveniente soluzione, e sono lieto di dichiarare che sia l'Eritrea che la Somalia sono in condizioni di dare acqua assolutamente sicura dal punto di vista igienico e sufficiente per i nostri soldati e per le popolazioni, sia col miglioramento ed il potenziamento degli acquedotti, sia con l'impianto di distillatori, sia con l'escavo di nuovi pozzi.

« Così pure ci siamo preoccupati di adottare i necessari provvedimenti sanitari per tutelare le nostre truppe con tutte le risorse moderne della scienza, e posso assicurare il Senato che le misure prese sono complete e sotto ogni punto di vista soddisfacenti, e che le condizioni attuali della salute pubblica nelle nostre Colonie sono ottime, tali da meritare ai nostri valenti sanitari il più lusinghiero elogio ».

Consorzio per la lotta contro il cancro a Cremona.

Il Rettorato della provincia di Cremona nella seduta del 10 aprile ha deliberato la costituzione di un Consorzio provinciale per la lotta contro i tumori maligni, con l'approvazione di uno schema di statuto e del contributo annuo (con decorrenza dal 1936) di centesimi dieci per abitante. Del Consorzio faranno parte: l'Amministrazione provinciale, tutti i Comuni della provincia e l'Amministrazione Ospedaliera di Cremona; la sede del Consorzio sarà presso la Provincia. Il Consorzio avrà gli scopi di far funzionare presso l'Ospedale maggiore di Cremona il centro per lo studio, la diagnosi e la cura dei tumori maligni e dovrà acquistare preparati di radio, da concedere in uso gratuito agli ammalati poveri e su pagamento agli abbienti; di regolare, mediante apposita convenzione con l'Amministrazione Ospedaliera, il funzionamento del Centro ed i rapporti tra il direttore tecnico ed il personale ospedaliero per coordinarne l'azione ai fini della lotta contro il cancro; ed infine di promuovere e disciplinare nell'ambito della provincia la propaganda per la lotta contro i tumori maligni.

Lo statuto, dopo di avere stabilito come dovrà es-

sere amministrato il nuovo Ente, dice che il Consorzio provvede ai suoi scopi con i seguenti mezzi finanziari: *a*) contributi annui da parte degli Enti consorziati; *b*) proventi delle analisi chimiche e microscopiche nonchè del noleggio dei preparati di radio; *c*) sussidi del Ministero dell'Interno; *d*) proventi diversi sotto forma di oblazioni, lasciti e donazioni. Le spese di spedalità per i ricoveri brevi agli ammalati poveri, per le esigenze della diagnosi, saranno sostenute dai Comuni di appartenenza degli infermi essendo riconosciuto per detti ricoveri il carattere dell'urgenza.

Nuovo dispensario antitubercolare a Mantova.

Si sta in questi giorni portando a compimento a Mantova il nuovo edificio espressamente costruito lungo uno dei viali della periferia, per il Dispensario antitubercolare finora allogato in locali insufficienti e inadatti. Con la nuova sede, che una volta arredata e fornita di tutti gli impianti più moderni verrà ad importare una spesa che si aggira sulle 700.000 lire, si è voluto non solamente dare una perfetta sistemazione al Dispensario, ma costituire anche una sede adatta per l'opera di propaganda antitubercolare che si va svolgendo sempre più intensa ed efficace.

L'edificio, costruito secondo le direttive date dal dott. M. Lodigiani, direttore sanitario del Consorzio, avrà al piano seminterrato sale particolarmente disposte per la visita dei fanciulli delle scuole, al primo piano il Dispensario vero e proprio e il laboratorio per le indagini batteriologiche e al piano superiore gli uffici per la direzione medica del Consorzio, la biblioteca e il salone per le adunanze e i convegni a scopo di propaganda.

Nuovo sanatorio nel Novarese.

Nel cuore del Cusio, a 700 metri sopra Agrano, in una località dalla quale si domina l'incantevole scenario del Lago d'Orta, è stata posta il 12 maggio la prima pietra del grandioso sanatorio della provincia di Novara, progettato dall'ing. Peverelli.

Questa superba realizzazione per la campagna antitubercolare è stata resa possibile grazie alla generosità dell'on. Varzi che ha donato la somma di un milione intendendo onorare in tal modo la memoria di sua figlia, e ai gesti pure generosi compiuti dal cav. uff. Borini e dal Comune di Omegna che hanno messo a disposizione il vasto appezzamento di terreno necessario per la costruzione, la quale ospiterà 250 letti.

Alla cerimonia hanno presenziato il prefetto, il segretario federale, il comandante la Divisione militare, il vescovo, deputati e autorità.

L'O. N. B. in provincia di Milano.

Interessa rilevare l'attività svolta nel campo dell'assistenza sanitaria.

Trecento medici del Comitato provinciale assolvono quotidianamente presso le 92 Legioni e presso i 270 Comitati rionali e comunali il loro delicato compito.

Il Comitato si è anche occupato di affidare a 20 dottoresse la tutela dell'integrità fisica dei reparti femminili.

Con la sistemazione della Poliambulanza provinciale nei locali della Casa del Balilla « General Cantore », in via Montevideo 20, la Presidenza provinciale ha voluto offrire ai piccoli e ai giovani una prova tangibile di solidarietà e di fraternità umana.

Questo importante centro sanitario, personalmente diretto dal prof. C. A. Ragazzi, accoglie gratuitamente tutti gli organizzati ed è collegato con altre istituzioni che ne integrano e ne completano le possibilità.

Le cifre, del resto, dicono assai più di qualsiasi delucidazione.

Quarantacinque sono i medici specialisti che si alternano presso i vari reparti. In poco più di 9 mesi la Poliambulanza ha effettuato un numero di prestazioni varie equivalente ad un totale di 17.962; 13.680 sono gli organizzati di Milano che hanno ricorso alla Poliambulanza; 4282 quelli della provincia; 1917 sono i sussidi dati in medicinali; gli interventi ambulatoriale assommano a 647; gli esami collaterali diagnostici (radioscopie, radiografie ecc.) a 331. L'ambulatorio più frequentato è quello di irradiazioni con un totale di 9612 applicazioni; seguono quelli di pediatria e di otorinolaringoiatria. Inoltre è allo studio il progetto di organizzare, nel sottostante refettorio, un luogo di ristoro per i piccoli provenienti dai paesi lontani.

Accanto alla Poliambulanza, altre minori funzionano a Lodi e a Monza.

Quest'ultima merita particolare menzione per il reparto di attinoterapia nel quale è stata installata una « fontana ultravioletti » che permette applicazioni su un complesso di cento individui per volta.

Un'affermazione italiana: la Nipiologia.

S. E. il Ministro dell'Educazione Nazionale, in data 11 aprile, ha inviato al Rettore Magnifico della R. Università di Napoli, la seguente lettera: « In occasione della Giornata Nipiologica svoltasi recentemente a Lima, è stato riconosciuto al prof. Ernesto Cacace, libero docente di Igiene della Prima Infanzia presso codesta Università, il merito di aver iniziato e promosso gli Studi di Nipiologia e s'è reso omaggio alla Scienza medica italiana. Voglia la S. V. esprimere al prof. Cacace il mio compiacimento per l'opera meritoria che Egli ha compiuto nel campo degli studi nipiologici nell'interesse della coltura italiana ».

Costituzione del nucleo di Talassoradiobiologia.

Il nucleo di Talassoradiobiologia alle dipendenze del Gruppo Italiano della Società Internazionale di Radiobiologia di Venezia si è riunito per la prima volta presso la Stazione Zoologica di Napoli.

Il presidente prof. S. Ranzi ha illustrato all'assemblea il compito del Nucleo. Il prof. F. P. Mazza ha prospettato i principali problemi di Talassoradiobiologia: Penetrazione delle radiazioni luminose e cosmiche nelle acque marine; Azione di queste radiazioni sugli organismi viventi a diverse profondità ed in particolare sulla maturità sessuale e sullo sviluppo embrionale; Importanza biologica dei fenomeni di fluorescenza e dei pigmenti degli organismi marini in rapporto alle radiazioni esistenti alle diverse profondità; Fosforescenza degli animali marini; Applicazioni degli stessi problemi all'ambiente lacustre e fluviale. Gli intervenuti hanno lungamente discusso intorno a questa relazione.

Azioni giudiziarie.

Il dott. Uhry, medico di fiducia della Cassa mutua malattie di Sarreguemines (Metz), è comparso avanti il Tribunale correzionale di questa città, imputato dalla Cassa di averle addebitato delle consultazioni fittizie: tra l'altro, figuravano in cura degli iscritti che avevano già ripreso il lavoro e perfino un morto da 9 giorni. In considerazione dell'età molto avanzata e della vita proba condotta in precedenza, sono state accordate al medico le circostanze attenuanti ed è egli stato condannato solo a 200 franchi di ammenda.

Un po' dovunque.

Gl'intervenuti al Congresso internazionale ospedaliero hanno visitato le istituzioni ospedaliere di Roma, tra cui il reparto « Regina Elena » al Policlinico per la cura dei postumi di encefalite letargica, presente la Sovrana, cui il Prefetto Spano ha rimesso la medaglia del congresso e cui fu espresso un devoto ringraziamento per essersi degnata di presenziare la visita.

Circa 400 medici convenuti a Roma per il 4° Congresso internazionale ospedaliero hanno visitato il Pontefice, che ha pronunziato un elevato discorso; a S. S. sono state offerte una medaglia d'oro commemorativa del Congresso e varie pubblicazioni.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata il 3 e il 29 marzo, il 5, 10, 12 e 26 aprile e il 3 maggio, sotto la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario dott. G. Robba. In queste 7 sedute sono state fatte relazioni, comunicazioni e conferenze. Il prof. G. Cagnetto ha tenuto una conferenza sulle paratiroidi; il prof. Trost sugli aggressivi e la difesa chimica durante la guerra; il prof. Olivo sui fattori dell'accrescimento dei tessuti *in vitro;* il prof. F. Pepere ha riferito sulla recente spedizione scientifica in Eritrea.

La Società Medico-Chirurgica Veronese si è adunata l'8 aprile e il 6 maggio, sotto la presidenza del dott. F. Delaini, assistito dal segretario prof. G. Zanni. Sono state fatte comunicazioni da O. Viana, e N. Nicolis e una conferenza da A. Austoni, sul tema « Appendiciti acute ».

La Società Tosco-Umbra di Chirurgia si è adunata il 5 aprile. Sono state fatte comunicazioni da: G. Cavina, E. Panizzi, V. Consigli, I. Barcaroli.

La Società catalana di urologia si è adunata il 1° febbraio, sotto la presidenza del dott. V. Compañ; ha discusso il tema « La cistopneumografia plastica », su relazione di P. Causa.

Una « Settimana medica internazionale » si svolgerà a Montreux dal 9 al 14 settembre, sotto l'alto patrocinio del Consiglio Federale svizzero. Clinici e scienziati eminenti di molti Paesi sono stati invitati a tenere delle conferenze: per l'Italia il prof. Sanarelli di Roma. Rivolgersi alla segreteria, Klosterberg 27, Basilea, Svizzera.

Il 7 aprile, invitato dal prof. Jeanbreau, presidente della Società di Urologia del Sud-Est della Francia, il prof. Luigi Caporali della R. Università di Torino ha tenuto nell'aula di fisiologia dell'Università di Montpellier una conferenza dal titolo: « L'anestesia peridurale in chirurgia renale ». Alla riunione hanno partecipato numerosi medici specialisti e numerosi urologi spagnoli tra cui il prof. Compañ di Barcellona, presidente della Società di Urologia Catalana.

Il ministro De Vecchi, accompagnato dall'on. Biagi, presidente dell'Istituto Nazionale Fascista di Previdenza Sociale, si è recato all'Istituto « Carlo Forlanini » e vi ha visitati tutti i reparti scientifici e sanatoriali.

Il Duce ha ricevuto l'ing. Sanjust di Teulada e il dott. Vittorio Fomentano, rispettivamente presidente e direttore generale dell'Associazione Volontari Italiani del Sangue, che aggruppa 7000 aderenti.

La Scuola ungherese di Milano ha celebrato il 12 maggio, nel teatro del Littorio, presso il Gruppo Oberdan, la « Festa della madre », alla quale sono intervenuti il console d'Ungheria, Tiburcio Pozel, moltissime personalità della colonia ungherese, i rappresentanti di numerose associazioni ed enti patriottici milanesi.

In Lettonia e in Estonia è stata celebrata solennemente la « Giornata della madre ».

Il 4 e 5 maggio si è svolto presso le Regie Terme di Salsomaggiore il Convegno Nazionale delle Ostetriche.

Si è riunito il Sindacato Fascista delle Ostetriche della Provincia di Roma; è stata rieletta segretaria provinciale la sig.ra Maria Riparbelli.

Il bollettino sanitario dell'Eritrea e della Somalia documenta le ottime condizioni sanitarie delle truppe e degli operai metropolitani affluiti nelle due Colonie dell'Africa orientale.

I medici laureati nel 1925 nelle Università di Pavia e Milano, in occasione del decennale di laurea, si riuniranno in amichevole convegno a Pavia domenica 30 giugno p. v. Le adesioni alla riunione — con l'indirizzo esatto per ulteriori comunicazioni — devono essere inviate al prof. Piero Malcovati, R. Clinica « L. Mangiagalli », via Commenda 12, Milano.

Il 18 maggio hanno avuto luogo in Roma, alla Torre di Centocelle, dimostrazioni dei mezzi di guerra chimica, organizzate dal Ministero della Guerra; il pubblico vi ha avuto libero accesso.

In seguito a una pubblicazione del prof. Luigi Tombolini Barzotti, S. M. il Re ha segnalato all'on. Sottosegretario di Stato per la Presidenza del Consiglio dei Ministri gli affreschi dell'Ospedale di S. Spirito, affinchè sia salvato questo patrimonio d'arte.

Il costruttore edilizio Luigi Stefanelli di Newark (New Jersey) ha regalato il terreno, gli edifizi, il mobilio e quanto occorre per stabilire un ampio e moderno « ospedale italiano ». I fabbricati, ora occupati dalla « Columbus Hospital Corporation of Newark, N. J. », sono due, di due piani e mezzo ciascuno, costruiti a prova d'incendio.

Il comm. Davide Campari ha versato all'Ospedale Maggiore di Milano la somma di L. 100.000 in memoria della compianta sua Signora, la quale così aveva disposto per testamento.

Il sig. Giuseppe Borghi, morto a Milano, ha legato la somma di 100.000 lire all'Istituto di Santa Corona in Milano.

L'« allegato » agli « Annali d'Igiene » ha assunto col 1935 il nome d'« Igea » ed il carattere di rivista a sè; è ricco di materiale vario. Comporta un abbonamento annuo e costituisce un ottimo complemento alle altre riviste mediche.

È uscito di recente a Reggio Calabria il primo numero di un periodico il quale s'intitola anch'esso « Igea »; reca, in veste tipografica dignitosa, contributi originali, recensioni e notizie; ne è direttore responsabile il prof. U. Tropea.

Nel 1935 si compiono 25 anni di vita del periodico « La Medicina Sociale », fondato da uno studioso e filantropo di valore, Giuseppe Tropeano. A commemorare la data, i 12 numeri dal 1935 verranno destinati al riassunto di tutte le 25 annate del giornale.

La direzione di « The British Journal of Tuberculosis » è stata assunta dal dott. L. S. T. Burrel, il quale intende imprimere al periodico un indirizzo nuovo, eminentemente pratico.

La Società Svizzera di Chirurgia, la Società Svizzera di Medicina Interna, la Società Ginecologica della Svizzera Tedesca e la Società Svizzera di Radiologia, in stretta collaborazione, hanno deciso di pubblicare una rivista mensile, che prenderà posto tra i migliori periodici della stampa medica. È diretta da un gruppo di personalità; la segreteria di redazione è tenuta dai proff. Bircher (Aarau) e Alfred Gogon (Basilea).

Dal novembre 1934 al marzo di quest'anno nell'Isola di Ceylon sono morte di malaria 113.811 persone contro 47.107 nell'anno precedente. I congedi ai medici ed agli infermieri sono stati annullati. Si è proceduto intensamente alla profilassi ed alla cura.

Gli studenti di medicina dell'Università di Montpellier hanno attuato uno sciopero per protestare contro l'insufficienza dei risultati ottenuti in seguito alla nota agitazione contro l'invasione dei medici stranieri.

Riuniti in numero di 400, essi hanno votato un ordine del giorno segnalando l'urgenza di risolvere questo problema. Alla fine della riunione un corteo ha percorso le principali vie della città.

Il dentista Alessandro Schiavoni di Pegli è stato condannato a 3 mesi di reclusione e ai danni per avere estratto un dente sano invece di uno guasto ed avere al tempo stesso, strappato un pezzo di mascellare; ciò ha reso necessario un ricovero del paziente in ospedale, della durata di 25 giorni, ed ha provocato indebolimento permanente dell'organo della masticazione. La condanna è stata pronunziata dal Pretore di Pegli e confermata dal Tribunale di Genova.

Il dott. Ferdinando Baccei, da Udine, 36enne, guidava una balilla, su cui erano anche la moglie Edvige Piccinini e due amici; entrando nel paese di Mogliano, a causa di uno slittamento la macchina andò ad urtare contro un platano e poi precipitava in un fossato sottostante; il dott. Baccei moriva quasi sul colpo e la moglie riportava lesioni multiple, giudicate in ospedale con prognosi riservata.

Il dott. Foveau de Courmelles, medico e fisico, è stato in Francia uno dei primissimi a usare i raggi X e il radium. Recentemente ha dovuto subire un grave intervento operativo per lesioni all'addome cagionate, in passato, dal radium.

La Reale Accademia d'Italia ha commemorato Giuseppe Pianese, con un discorso del prof. Pietro Rondoni; l'adunanza era presieduta da Guglielmo Marconi.

Al Congresso degli Universitari Cattolici a Siracusa (5-8 maggio) è stata tenuta una commemorazione del prof. Giuseppe Moscati, medico napoletano insigne, spentosi immaturamente anni or sono. Oratore il prof. Vincenzo Mario Palmieri, della R. Università di Napoli.

L'Inghilterra medica si appresta a festeggiare il centenario della nascita del neurologo Nughlings Jackson, morto nel 1911, a 76 anni. Una commemorazione sarà tenuta al Congresso internazionale di neurologia, indetto a Londra.

Il prof. Bruno Quarelli, primario chirurgo dell'Ospedale di Biella, ha donato il suo sangue più di una ventina di volte, e ultimamente due volte in un mese.

I funerali del compianto prof. Fichera sono riusciti una imponente manifestazione di cordoglio.

Alla vedova dell'illustre scienziato scomparso, sig.ra Angelina Cavasola, sono giunti telegrammi di condoglianza dalla Regina Elena, da Guglielmo Marconi, dal Ministro De Vecchi.

Il dott. Kioffer, di Friburgo, improvvisamente impazzito, ha avvelenato i suoi quattro figli.

L'Istituto chimico demaniale di Salsomaggiore è riuscito ad emancipare l'Italia per quanto riguarda il fabbisogno dell'iodio. Il consumo medio in Italia è di 30.000 Kg. annui e viene interamente ricoperto dall'estrazione che viene fatta dalle acque salso-iodiche di quella stazione balneare, estrazione che oltrepassa ormai i 100 Kg. al giorno; gli impianti potrebbero fornire un quantitativo anche doppio.

È morto in età di 66 anni il prof. WILHELM KOLLE; fu allievo di Koch; nel 1906 era stato nominato titolare d'igiene a Berna; nel 1915 era succeduto a Ehrlich nella direzione dell'Istituto statale di medicina sperimentale e di chemioterapia « Georg Speyer-Haus » a Francoforte sul Meno. La sua produzione scientifica riguardò specialmente i vaccini ed i sieri. Diresse il grande trattato sui microrganismi patogeni.

È morto ad Amsterdam il prof. HUGO DE VRIES, instauratore degli studi di genetica, autore della teoria delle mutazioni.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Haematologica, Arch. I. — C. ANGELESI. Angiomatosi emorragica familiare. — L. GEDDA e P. MAGNANO. Analisi capillare.

Klin. Woch., 5 gen. — E. MORO e W. KELLER. Parallergia. — A. LOESER. Tiroide e ovaia. — H. ENZ. Rapporti fra glandole genitali e altri organi endocrini.

— 12 gen. — A. MEYER. Allergia aspecifica. — G. IZAR e P. MORETTI. Azione delle onde corte sulla febbre di Malta.

— 19 gen. — F. X. HAUSBERGER. Regolazione nervosa del ricambio grasso. — J. GRILLO. Infezioni miste e infezioni secondarie.

— 26 gen. — H. REGELSBERGER. Attività ritmica del fegato. — J. PAL. Ipertrofia concentrica del cuore e ipertonia tossogena. — Z. ZARKEWSKI e H. J. FUCHS. Immunità ai tumori.

Jornal dos Clinicos, 30 dic. — G. LONDRES e M. DE SENNA. Ritenzione azotata.

Chir. d. Org. di Movim., dic. — V. PUTTI e C. CASUCCIO. Termometria articolare. — P. LENTI. Artriti croniche luetiche. — B. BABUDIERI e I. CEBBU. Anchilosi della colonna cervicale.

Riv. It. di Ginec., dic. — L. PUCCIONI. Tbc. genito-peritoneale e gravidanza. — R. BOLAFFIO. Vagina senile. — E. PONZI. Eclampsia e condizioni meteoriche.

Pathologica, 15 gen. — C. CASSANO. La glandola linfatica nell'intossicaz. tubercolinica. — A. MIGLIAVACCA. Azioni organotrope degli ormoni ipofisari.

Giorn. di Cl. Med., 20 gen. — G. LANZA. Azione ipoglicemizzante dell'acido adenilico. — A. SICULI. Terapia delle ipertensioni arteriose.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 27 gen. — C. SALARIS e B. NOLLI. Sulla cosidetta « anemia ipercromica degli uremici ».

Rev. Sud-Amér. de Mel. et de Chir., dic. — D. MACKEHENIE. Verruca peruviana e tifo esantematico.

Chinese Med. Journ., dic. — Numero di anatomia e antropologia.

Kl. Woch., 2 feb. — B. KISCH. La specificità chimica del muscolo cardiaco. — E. ASK-UPMARK. Diagnosi dei tumori midollari.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 10 Giugno 1935 - XIII Num. 23

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE

CLINICA MEDICA DELL'HÔTEL-DIEU IN PARIGI

Direttore: Prof. PAUL CARNOT

Splenectomia in cirrosi ipertrofica anitterica splenomegalica.

(Caso clinico).

JACQUES CAROLI, Capo di Clinica

MARIO COPPO, Assist. stran.

Abbiamo avuto l'occasione di osservare, nella Clinica diretta dal nostro maestro professore Carnot, un ammalato che, or sono più di tre anni e mezzo, subì con successo veramente notevole la splenectomia, in corso di cirrosi ipertrofica anitterica splenomegalica.

Riprendiamo qui per sommi capi la storia clinica, quale è già stata resa nota in altra sede (1). Ciò ci offrirà l'occasione di completarla coi risultati dell'osservazione del malato nell'anno e mezzo che seguì quella pubblicazione e sopratutto durante questi ultimi mesi, in cui l'intervento di un nuovo incidente patologico sembrò dover mutare il decorso eccezionalmente favorevole del caso, e modificare il tono delle deduzioni che se ne erano tratte. In realtà però, non ostante l'apparente gravità dei fenomeni, l'eccellenza del risultato ottenuto non ne fu sostanzialmente compromessa, sì che, da questa nostra esposizione risulta che in certi casi di cirrosi epatica giudiziosamente scelti, la splenectomia può dare risultati brillanti ed inattesi.

La storia clinica del nostro ammalato è la seguente:

Ch. Enrico, di 31 a., meccanico ferroviario, godette in complesso buona salute e piena attività fino al gennaio 1928; l'inizio reale della malattia non è ben precisabile.

In quell'epoca ebbe una crisi dolorosa addominale, non bene localizzata, che s'accompagnò a vomito e fece credere ad un'appendicite.

In otto giorni però tutto passò senza intervento, e senza che si sia potuto sapere se allora il volume del fegato e della milza era normale. Due mesi dopo, nuova crisi dolorosa e questa volta pare a tipo di colica epatica, perchè il dolore si irradiava verso la spalla destra.

Nei mesi successivi, con ritmo ed intervalli più o meno lunghi, queste coliche si son ripetute,

(1) P. CARNOT, P. HARVIER e J. CAROLI. Mal. du Foie, 8, 385, 1933.

senza contemporaneità di altri sintomi: non rapporto con pasti; spesso sensazioni crampiformi all'epigastrio, parossismi dolorosi talvolta molto violenti. Le condizioni del malato non ne furono gran che compromesse, ove si eccettui un po' d'astenia e d'anoressia.

Verso metà dicembre 1929 prima ematemesi, minima, un mezzo bicchiere di sangue in tutto. Il malato ricorse alla Clinica e abbiamo così certezza che allora il fegato era grosso; il suo margine inferiore arrivava a 4 dita dall'arco costale. La milza debordava di due dita. Inoltre vi era subittero e urobilinuria intensa. Lo stato generale in complesso si manteneva discreto. Non vi era assolutamente febbre.

L'esame del sangue dette: 4.900.000 gl. rossi; 6550 gl. bianchi ed una formula normale.

Tutte le ricerche e l'interrogatorio fatti in traccia di un'impregnazione etilica o luetica furono negative.

Negativa fu anche la reazione di Casoni.

Con il consiglio di fare ad ogni modo una cura antiluetica il paziente fu, dopo un mese circa, dimesso, coll'invito a farsi rivedere ambulatoriamente.

Le condizioni generali di qualche po' migliorarono, così che il paziente potè continuare a compiere un leggero lavoro e stare lontano dalla Clinica fino all'anno successivo.

Dall'esame praticato il 17 gennaio 1931 abbiamo ricavato i dati seguenti: stato generale discreto. Gl. rossi 4.800.000, gl. bianchi 5200. Netto aumento di volume dell'addome, le ultime coste di destra essendo un po' spinte in fuori dall'ingrandimento del fegato che, sull'emiclaveare, raggiunge l'altezza di 20 cm. È duro, col bordo sottile; la superficie è irregolare, sopratutto sul lobo sinistro, ove un bozzo pseudotumorale si palpa distintamente. Anche la milza appare aumentata, rispetto al precedente esame e giunge in basso e in avanti a due dita dell'ombelico. La sua delimitazione percussoria dà una zona di proiezione sulla parete addominale di 16 × 13 cm. Non fu trovato ascite.

Il concetto diagnostico allora registrato è di « malattia epatosplenica, con conservazione di buon stato generale, ma ad evoluzione verosimilmente progressiva ».

Vogliamo sottolineare un solo carattere di questa storia morbosa, e cioè che la milza ed il fegato aumentarono di volume contemporaneamente e parallelamente.

Il paziente potè continuare la sua vita ed il suo lavoro, ma segni di gravità non dovevano tardare a presentarsi.

A partire dal mese d'aprile 1931 le condizioni generali cominciarono a cedere e rapidamente, pur essendo sempre apirettico, il p. vide le sue forze diminuire, il suo volto affilarsi, dovette lasciare il lavoro e poco dopo mettersi a letto; ove il 6 giugno lo sorprese una grave ematemesi e una copiosa melena, che richiesero il soccorso immediato del medico per minacciosi segni d'anemia acuta.

Quando, 10 giorni dopo, fu possibile trasportarlo all'ospedale, l'esame clinico diede i seguenti dati patologici: addome molto aumentato di volume; fegato più grande che nell'esame precedente (21 cm. sull'emiclaveare); milza anche più voluminosa (19 × 14) e in più abbozzo netto di circolo collaterale ed ascite.

L'esame del liquido estratto diede: reaz. di Rivalta negativa e tutti i caratteri classici di un trasudato.

L'esame del sangue diede: 2.880.000 gl. rossi; leucopenia (2900) con mononucleosi (57 %).

Ci si trovava quindi di fronte ad una poussée evolutiva molto grave di una cirrosi epatosplenomegalica ad etiologia sconosciuta. Il sintomo direttamente minaccioso era l'ematemesi. Nel concetto di agire favorevolmente sulle emorragie gastrointestinali, che minacciavano direttamente la vita del paziente, dopo ripetute trasfusioni, fu decisa la splenectomia ed eseguita il 21 luglio 1931 dal dott. Bergeret.

All'ispezione operatoria il fegato apparve, oltre che grosso, bozzuto, con placche di periepatite.

Senza entrare in dettagli istologici, che esulano dal carattere strettamente clinico di questa nota, diremo che l'esame della milza dimostrò uno stato di sclerosi giovane, con iperplasia cellulare e diffusione follicolare, che permise di escludere la diagnosi istologica di malattia di Banti.

I vasi splenici apparvero al chirurgo del tutto normali.

Una biopsia del fegato fece conoscere la ragione anatomica della grande resistenza del soggetto allo choc operatorio: infatti si trattava di una cirrosi giovane, con reazione cellulare iperplastica di intensità veramente straordinaria. Si ebbe l'impressione che la biopsia fosse caduta su un tessuto adenomatoso (bozzo del lobo sinistro).

Il decorso post-operatorio fu dei migliori e da allora cominciò per il nostro ammalato un periodo di progressivo miglioramento, che condusse lentamente ad una guarigione, che sino a non molti mesi fa poteva dirsi completa.

Riesaminato dopo due anni, il p. nel luglio 1933 era irriconoscibile.

In breve: scomparsa dell'ascite e del circolo collaterale; cessazione dell'urobilinuria; scoloramento delle sclere. Fegato di 15 cm. sull'emiclaveare, però sempre duro, col margine tagliente e il lobo sinistro con le ricordate irregolarità. Aumento di 10 Kg. del peso corporeo.

Non ci furono più manifestazioni emorragiche, ed il p. potè riprendere una vita assolutamente normale, con lavoro faticoso e sports dei più violenti.

Perdurando l'eccellenza veramente eccezionale del risultato dopo 2 anni e mezzo dall'intervento, si pensò veramente che la forma morbosa fosse stata giustiziata.

E il p. ne fu così convinto, che si permise ogni sorta di eccessi vittuari, e di fatica alternando il suo rude lavoro, con domenicali partite di calcio.

Tale benessere fu interrotto, da un nuovo incidente morboso, il 10 novembre 1934.

Dopo una lunga corsa in motocicletta il nostro ammalato si sentì stanco e si mise a letto. Il mattino successivo osservò che le feci erano picee. Pur non sentendosi molto indebolito da questa modesta melena, tenne per prudenza il letto, ed il giorno dopo fu colto da una seconda emorragia intestinale (melena), non molto grave, che non si accompagnò a segni minacciosi di anemia acuta, ma, dopo circa 24 ore dalla constatata melena, ad amaurosi totale. Ben conoscendo la frequenza di questo sintoma nelle emorragie gastrointestinali anche se non abbondantissime e la necessità di intervenire rapidissimamente per evitare che la

cecità divenga definitiva, ci precipitammo al letto del malato, che, con una generosa trasfusione riprese rapidamente le forze e la vista.

Rientrato che fu nella clinica, fu trattato con preparati di ferro e con estratti epatici e in 15-20 giorni si sentì nuovamente in perfette condizioni generali, e disposto a riprendere la vita che aveva fino allora condotta.

L'esame clinico eseguito nel febbraio 1935 dà: stato di nutrizione, colorito, tono eccellenti. Addome normale di volume, non circolo collaterale, nè ascite. Altezza del fegato sull'emiclaveare 15 cm., con caratteri di durezza e irregolarità esattamente quali erano stati constatati un anno e mezzo prima.

La prova di carico con galattosio e le prove emogeniche dettero risultati normali.

In breve, il nostro paziente, escluso il fegato grosso e l'intervento subìto, si direbbe oggi un uomo sano.

Abbiamo voluto riferire questo caso, perchè per il carattere insperato del successo ottenuto, per il lungo periodo di osservazione dopo l'intervento, per l'insorgenza ed i caratteri dell'incidente emorragico sopraggiunto, esso basterebbe, anche se fosse isolato, a dimostrare quanto interesse si connetta allo studio della splenectomia nelle cirrosi epatiche.

Il sopraggiungere di una nuova emorragia, quando più di tre anni di benessere assoluto facevano pensare ad una guarigione definitiva, fa pensare evidentemente che la malattia subdolamente sia tuttora in evoluzione.

Però non si è trattato di una vera e propria nuova poussée evolutiva del processo morboso perchè, escluso il fatto emorragico, nulla ci fu questa volta, che richiamasse il quadro sintomatologico che il p. presentava prima della splenectomia. Anzi, la comparsa della melena quale unica manifestazione di malattia in un soggetto in floride condizioni generali, ci fa pensare che nel suo meccanismo abbiano avuto molta parte gli eccessi di fatica e di vitto commessi dal paziente, e particolarmente pericolosi in un soggetto anatomicamente disposto, per il precedente periodo di malattia, alle emorragie gastrointestinali.

L'importanza del risultato ottenuto non è diminuita da queste considerazioni, nè dalle riserve che questo nuovo episodio morboso ci impone.

Noi abbiamo dinanzi un malato che prima di essere operato stava male, era costretto a letto, subitterico, con ascite, fegato e milza grossi, che scendeva fatalmente la china percorsa da questi ammalati di cirrosi epatosplenomegalica a etiologia ignota. Splenectomizzato nel luglio 1931, è stato perfettamente bene, fino al novembre 1934 e tuttora, ripresosi rapidamente dalla recente emorragia, ha un eccellente aspetto generale, e si sente perfettamente bene, capace di svolgere un pesante lavoro.

Di fronte alla terapia il più spesso aspettante che all'infuori dell'intervento operatorio, si è costretti a seguire in casi di questo genere, di fronte al destino che pareva incombere sull'ammalato, ci pare che questo caso, pur nello schematismo di una semplice osservazione clinica, basti per far riprendere in esame il problema delle indicazioni alla splenectomia nelle cirrosi epatiche.

* * *

In realtà sono consegnati alla letteratura molti lavori fatti appunto a questo scopo.

Ci piace qui di ricordare come Tansini e Morone (1913) siano stati i primi ad ottenere dei successi in casi del tipo del nostro.

Riassumendo, l'esame storico della questione permetterebbe di riconoscere, secondo Abrami, tre tipi diversi di cirrosi splenomegalica giustiziabile con la splenectomia:

1) la malattia di Banti
2) la malattia di Hanot;
3) la cirrosi ipertrofica anitterica.

Queste forme appartengono tutte verosimilmente ad una stessa famiglia morbosa, come è indicato dall'eguale influenza della splenectomia e dall'esistenza di caratteri sintomatologici ed evolutivi comuni che, riconosciuti da Carnot, Harvier e Caroli (loco cit.), costituiscono altrettante indicazioni all'intervento.

Non vogliamo fermarci sui primi due gruppi. La malattia di Harnot è molto rara; spetta ad Eppinger il merito di aver proposto in essa la splenectomia. Sembra che il miglioramento ottenuto non verta solo sui sintomi (prurito, ittero) ma abbia qualche volta veramente trasformato lo stato generale.

Nella maggior parte dei casi pubblicati sotto il titolo di « cirrosi epatica guarita colla splenectomia » si tratta in realtà di malattia di Banti operata in terzo periodo. In questi casi, il reperto istologico illumina della natura della malattia e la nota clinica fondamentale è la precedenza della splenomegalia. Del tutto eccezionali sono nella letteratura i casi simili al nostro, in cui il quadro clinico è dominato dalla lesione epatica e che rientrano nel gruppo delle « forme anitteriche ipertrofiche » di Abrami e Frumousan, di cui riassumiamo qui i principali caratteri.

L'etiologia ne è ignota; mancano sempre antecedenti etilici o luetici; proprio tra questi casi a etiologia ignota si debbono scegliere quelli, in cui consigliare la splenectomia. È malattia dei giovani, per lo più della donna;

si presenta nella pratica anzi tutto, come malattia epatica. Va notato però che Abrami pensa ad una fase preliminare di splenopatia, il che ravvicinerebbe al morbo di Banti. Ma il fatto clinico più importante è che l'ipertrofia del fegato domina sempre il quadro, o almeno che fegato e milza aumentano di volume parallelamente, come avvenne nel nostro caso. La superficie del fegato può rimanere liscia ma può anche apparire « ficelée », simile a quella del fegato luetico. Le nodosità possono costituire, come nel nostro caso, delle salienze pseudotumorali, che corrispondono a neoproduzioni adenomatose.

A differenza di quanto avviene nel m. di Hanot, non vi è ittero; non sono però infrequenti poussées di subittero pleiocromico. Le crisi epatalgiche sono pressocchè costanti, ed hanno esattamente gli stessi caratteri che nella malattia di Hanot; bisogna tenerlo presente, perchè l'apparenza di questi episodi dolorosi si presta ad errate interpretazioni diagnostiche.

Se l'epatalgia richiama il m. di Hanot, le ripercussioni della malattia sul quadro ematico, rappresentano un carattere comune col m. di Banti.

Queste cirrosi infatti si complicano con anemia senza ipercromia, con leucopenia e mononucleosi.

Le emorragie gastrointestinali sono molto frequenti in queste cirrosi ipertrofiche splenomegaliche anitteriche. Non è necessario insistere sulla loro gravità: costituiscono il meccanismo più frequente della morte. Ed è per questo che, come dice Abrami, di fronte a uno di questi malati, che abbia già presentato delle emorragie gastrointestinali, non bisogna esitare e splenectomizzare subito.

L'esperienza clinica ha dimostrato che la splenectomia agisce favorevolmente sulle emorragie gastrointestinali ed è questo un fatto, di cui si deve tener conto nell'interpretazione della loro patogenesi.

Che questa sia chiaramente spiegata non può dirsi: non è ancora deciso quanto peso spetti al fattore meccanico (ingombro venoso) e quanto ad alterazioni funzionali della milza, a turbe angiotossiche e modificazioni della crasi sanguigna. La complessità stessa di questa azione dimostra la possibilità di emorragie gastrointestinali recidivanti dopo la splenectomia, come è avvenuto nel caso nostro, per il sopraggiungere di cause occasionali (fatica, abusi vittuari).

Infine in queste cirrosi, compaiono, ad un certo punto della loro evoluzione, ascite e circolo collaterale.

L'ascite anche se abbondante, non costituisce di per sè, nelle condizioni cui abbiamo accennato, una controindicazione alla splenectomia — e sono già numerose le osservazioni — tra cui due recenti di Abrami — in cui, non ostante un versamento addominale abbondante (10 litri in un caso) il malato passò a guarigione.

Non vogliamo entrare nella descrizione istologica del fegato e della milza di questi ammalati: ricordiamo solo come i caratteri clinici comuni o almeno vicini a quelli del m. di Banti e del morbo di Hanot cui abbiamo accennato, vi trovino la base anatomica in analogie di struttura e come il frequente aspetto adenomatoso del fegato spieghi retrospettivamente la resistenza dei soggetti allo choc operatorio e permetta di ritenere ipertrofiche queste cirrosi non solo nel senso clinico della parola, ma anche in quello istologico e funzionale.

Perchè e quanto la splenectomia migliori questa complessa sindrome (cirrosi ipertrofica splenomegalica anitterica), è difficile dire.

Il caso che abbiamo qui riferito è l'esempio dei benefici effetti che ad essa possono seguire in ammalati, altrimenti votati ad una terapia sintomatica ed inefficace.

RIASSUNTO.

Gli AA. hanno seguito durante tre anni e mezzo un malato di cirrosi ipertrofica splenomegalica anitterica, in cui era stata eseguita la splenectomia. Il successo ottenuto essendo tuttora molto notevole, gli AA. richiamano l'attenzione sulle indicazioni alla splenectomia nelle cirrosi epatiche splenomegaliche.

NOTE E CONTRIBUTI

La pneumoparacentesi nella peritonite tubercolare a forma ascitica.

Dott. ALBERTO SCATURRO

È noto il famoso errore di Spencer Wells: egli, nel 1872, operando di laparotomìa un'inferma che credeva affetta da cisti ovarica, ebbe la sorpresa di trovare una peritonite tubercolare a forma ascitica. Richiuse il ventre ma la sua sorpresa fu ancora maggiore quando vide guarire rapidamente l'ammalata.

Da allora la laparotomìa venne usata quale cura elettiva nelle peritoniti tubercolari, riscuotendo unanimi consensi, mentre le statistiche operatorie si ingemmavano dei più brillanti risultati.

Si disse con pittoresca frase: il peritoneo prende una boccata d'aria e fu proprio questa espressione che suggerì a Montig e Moorlof (1892) l'idea di insufflare aria nel cavo peritoneale evitando così il trauma laparotomico e il rischio inevitabilmente connesso ad ogni intervento chirurgico.

I buoni risultati ottenuti col nuovo metodo, fecero diminuire gli entusiasmi destati dalla laparotomia curativa, ma in Italia il metodo si fece strada solo nel 1918 per opera di Silvestrini, seguito poi da molti altri (Maestrini, Contarini, Alessandrini P., Tremiterra, Monguzzi, Canelli, Lucherini ecc.) che poterono convincersi della bontà della cura.

Ma mentre la pneumotoracentesi ha riscosso l'adozione generale, la pneumoparacentesi non è ancora molto diffusa ed a torto, perchè è di facile esecuzione, scevra da inconvenienti e di efficacia indiscutibile, la quale può essere constatata in special modo da quei Medici che esercitando in piccoli centri possono seguire per lungo tempo gli ammalati.

Tecnica. — Previo sgrassamento con benzina rettificata e lavaggio con alcool, si disinfetta con tintura di jodio la cute nel punto prescelto per la puntura. Per sopprimere il lieve dolore basta l'anestesia locale col cloruro di etile. Con manovra rapida si infigge il trequarti e, ritirato il mandrino, si fa defluire il liquido, raccogliendolo in un calice graduato, in modo da poterne misurare la quantità. Poscia alla cannula del trequarti si innesta l'apparecchio di Forlanini rifornito con aria atmosferica filtrata attraverso un batuffolo di cotone contenuto in un comune tubo di vetro entrambi sterilizzati col calore. Basta insuflare un volume di aria uguale circa alla metà del liquido estratto; in tal modo l'ammalato non avverte dolori toracici, nè difficoltà alla respirazione, che si avrebbero con l'introduzione massiva praticata da alcuni Autori, i quali insufflano l'aria fino alla scomparsa dell'aia di ottusità epatica.

Alcuni Autori usano insufflare esclusivamente azoto, altri solo ossigeno, ma io, seguendo la maggioranza, ho sempre usato l'aria atmosferica la quale contiene l'80 % di azoto e il 20 % di ossigeno, realizzando così la classica « boccata d'aria ».

Finita l'insufflazione, si chiude la piccola ferita con un quadratino a più doppi di garza sterile fissata alla cute con due striscie di cerotto adesivo incrociate fra di loro.

Indicazioni del metodo. — Il pneumoperitoneo curativo (come del resto la laparotomìa) non va usato troppo precocemente: è opportuno usarlo quando la quantità del versamento si sia stabilizzata, e la temperatura non si mantenga elevata.

Il metodo è controindicato nei casi di avanzata cachessìa tubercolare, nei casi di concomitanti gravi lesioni polmonari, e quando coesistano fenomeni di labilità cardio-vascolare.

L'esistenza di versamenti in altre cavità sierose (pleure, pericardio) non costituisce controindicazione, anzi in alcuni dei miei casi, in seguito alla pneumoparacentesi, ho visto riassorbirsi (e qualche volta con rapidità sorprendente) versamenti pleurici e pericardici.

Alla pneumoparacentesi segue, qualche volta, aumento della temperatura che, in genere, è poco notevole e dura da uno a tre giorni in media.

Negli undici casi da me osservati ho dovuto ripetere la pneumoparacentesi solo in due soggetti. In tutti i miei ammalati ho associato al piccolo intervento la cura elioterapica, iniezioni di jodio e di calcio e somministrazione di ergosterina irradiata, non trascurando una alimentazione nutriente ed il riposo.

Tutti i casi sono venuti a guarigione in tempo relativamente breve e le ottime condizioni si mantengono anche nei primi casi così trattati e che rimontano a sette anni fa.

In questi casi ho potuto notare che la guarigione si mantiene in maniera clinicamente perfetta, senza postumi aderenziali, e senza quei piastroni (facilmente apprezzabili alla palpazione) che si osservano nelle peritoniti tubercolari in forma ascitica trattate con la laparotomia o con la semplice paracentesi o con le sole cure mediche ed elioterapiche. Alcune donne da me curate hanno avuto in seguito, gravidanze e parti normali.

Ciò, del resto, concorda con l'osservazione

che le pleuriti essudative guariscono in maniera clinicamente ottima, usando la pneumotoracentesi, anzichè la semplice aspirazione con gli apparecchi tipo Potain.

Un altro vantaggio della pneumoparacentesi consiste poi nella rapidità della guarigione, relativamente agli altri metodi; fattore, questo, non trascurabile, specialmente nelle classi disagiate che risentono maggiormente il danno di una lunga degenza.

Considerazioni critiche sul meccanismo di azione. — Oscura è l'intima causa per cui la pneumoparacentesi guarisce la peritonite tubercolare ascitica: non sono mancati studi anatomopatologici, esperimenti sugli animali, ipotesi, teorie ma tutto ciò spiega in qual modo ma non per quale causa avviene la guarigione.

Le prime ricerche sull'argomento si devono agli Autori che studiarono il processo intimo di regressione del tubercolo peritoneale in seguito alla laparotomia. Gatti scrisse che il processo di guarigione non consiste in una trasformazione fibrosa del tubercolo, o in una neoformazione del tessuto connettivo che circondi e soffochi i tubercoli, come da qualcuno si era pensato ma in una lenta degenerazione e graduale dissoluzione degli elementi costituenti il tubercolo, che termina con il riassorbimento del tessuto tubercolare, delle masse caseose, dei bacilli stessi e dà luogo ad una perfetta restitutio ad integrum; tutto questo senza afflusso di fagociti come se, ad un tratto, i bacilli tubercolari avessero perduto le proprietà flogogene e necrotizzanti loro proprie e fossero diventati innocui.

Ma perchè tutto questo? Si invocò l'azione benefica della luce, dell'aria, dei microrganismi che accidentalmente capitano nel peritoneo durante la laparotomia, della rimozione dell'essudato ecc., ma a nessuno di questi fatti si può attribuire la guarigione della peritonite tubercolare.

Infatti se tale guarigione fosse dovuta a fenomeni locali che avvengono nel peritoneo, non si spiegherebbe come contemporaneamente alla scomparsa del versamento addominale si abbia quella dei versamenti pleurici e pericardici.

Questa osservazione suggerì ad Arcangeli la ipotesi, oggi universalmente accettata, che la causa intima di guarigione della peritonite tubercolare ascitica, in seguito alla laparotomia, fosse da ricercare in un processo immunitario dovuto al riassorbimento del liquido peritoneale e delle sostanze contenute nei vecchi tubercoli; riassorbimento che si verifica sia per la ferita, sia per le inevitabili lesioni di continuo che l'atto operativo induce nel peritoneo, sia in seguito alle alterazioni circolatorie che in questo si verificano.

Tale teoria dà anche ragione del fatto che l'intervento è tanto più facilmente proficuo quanto meno precoce: infatti nell'organismo la produzione delle sostanze immunizzanti è lenta e quindi, qualora si attenda che l'organismo acquisti un certo grado di immunità, si ha il vantaggio che il riassorbimento del liquido peritoneale che contiene queste sostanze sia maggiormente proficuo all'organismo. La teoria di Arcangeli è completamente applicabile a spiegare la guarigione della peritonite tubercolare ascitica mediante la pneumoparacentesi.

Con questa manca, è vero, il riassorbimento del liquido attraverso la ferita operatoria la quale, adoperando il trequarti, è minima, ma lo svuotamento del liquido e la consecutiva insufflazione di aria determinano modificazioni importanti nella circolazione sanguigna del cavo peritoneale, nel senso che viene influenzata la distribuzione del sangue nella cavità addominale. Si ha cioè una iperemizzazione della sierosa peritoneale utile al processo di regressione del tubercolo e che favorisce, indubbiamente, il riassorbimento dei liquidi versati nella cavità peritoneale.

Lucherini infatti, ha sperimentalmente dimostrato che l'iniezione intraperitoneale di aria determina iperemizzazione della sierosa. Inoltre, stando alle esperienze di Roussiel (1910) e dello stesso Lucherini (1927) l'introduzione intraperitoneale di aria determina infiltrazione leucocitaria locale e leucocitosi generale. Di più Maestrini ha dimostrato (1927) che nel liquido ascitico dei tubercolotici in seguito ad insufflazione di ossigeno, vi è aumento della catalasi. Pertanto si può dedurre che il meccanismo di guarigione della peritonite tubercolare in forma ascitica, in seguito alla pneumoparacentesi, va ricercato nello stato di iperemia vasale e nelle modificazioni di ordine locale (infiltrazione leucocitaria) generale (leucocitosi) ed umorale (aumento della catalasi) le quali riunite costituirebbero uno stimolo sclerogeno favorevole alla trasformazione fibrosa del tubercolo. Si tratta, in sostanza, di un processo di immunizzazione determinato o per lo meno accelerato dalla pneumoparacentesi.

Se si considera che la laparotomia è sempre un atto operatorio importante, non alla portata del Medico pratico, che la laparotomia lascia una cicatrice persistente nell'addome, che questa cicatrice spesso e volentieri è fonte di guai (tubercolizzazione della cicatrice, seni fistolosi; laparocele, cheloidi, ecc.) e d'altro lato che la pneumoparacentesi è un piccolo in-

intervento facile, dovunque attuabile, che non lascia cicatrice e sopratutto dà una percentuale di guarigioni uguale se non superiore a quelle che si ottengono con la laparotomia, ne viene di conseguenza che la pneumoparacentesi merita di essere largamente adottata.

Sciacca (Agrigento).

RIASSUNTO.

L'Autore, avendo adoperato con ottimo esito, che si mantiene a distanza di anni, questo metodo di cura, lo raccomanda ai Medici pratici e ne indica la tecnica ed il meccanismo di azione.

BIBLIOGRAFIA.

1) Alessandrini. P. *Le iniezioni di ossigeno nella cura della tbc. delle sierose.* R. Accad. Med. di Roma, 30 gennaio 1926.
2) Arcangeli. *Perchè la laparatomia guarisce la peritonite tbc.?* Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma, anno XIX, fasc. I. Policlinico, Sez. Medica, 1899, vol. VI.
3) Begouin. *Compendio di patologia chirurgica.* Milano, F. Vallardi, 1920, vol. III, pag. 694.
4) Contarini. *Insufflazioni di ossigeno nella peritonite essudativa tbc.* Tubercolosi, 1925, fascicolo IX.
5) Frees. *Die operative Behandlung des tuberkulösen Ascites.* Deut. Med. Woch., 1894, numeri 45-46.
6) Garbat. *Insufflazione intraperitoneale di ossigeno nella peritonite tbc. essudativa.* Journ. A. M. A., 27 febbraio 1926.
7) Gatti. *Sul processo intimo di regressione della peritonite tbc. per la laparotomia semplice.* Riforma Medica, 1894, pag. 627.
8) Gilbert. *L'introduzione intraperitoneale di ossigeno nel trattamento della peritonite tbc. ascitica.* The Am. Rew. of Tubercol., gennaio 1924.
9) Lolli. *Sugli esiti a distanza della laparotomia curativa della peritonite tbc.* Policlinico, Sez. Prat., 1932, pag. 1264.
10) Lo Presti Seminerio. *La pneumoterapia nella peritonite tbc. infantile.* La Cultura Medica Moderna, 1926, n. 16.
11) Lucherini. *Il pneumoperitoneo terapeutico nella peritonite tbc. essudativa.* Policlinico, Sez. Prat., 1927, n. 36.
12) Maestrini. *Intorno ad un nuovo metodo di cura della peritonite tbc. essudativa.* Riforma Medica, 1925, n. 35.
13) Id. *Sull'azione dell'ossigeno nella peritonite tbc. essudativa.* Riforma Medica, 1926, n. 38.
14) Id. *Su alcuni fattori di guarigione della peritonite tbc. essudativa in seguito ad insufflazioni di ossigeno.* R. Accad. Med. di Roma, 29 gennaio 1927.
15) Margarucci. *Sulla cura chirurgica della tbc. del peritoneo.* Atti della Soc. Ital. di Chir., 1897.
16) Mitra. *La terapia della peritonite tbc.* Morgagni, 1925, n. 4.
17) Mohr e Stahelin. *Trattato di Medicina interna.* Milano, Soc. Ed. Libraria, vol. III, parte II, pag. 654.
18) Monguzzi. *La pneumoparacentesi nelle peritoniti tbc. ascitogene.* Giornale di Medicina militare, 1926, fasc. I.
19) Parlavecchio e Orlando Salinas. *La cura delle peritoniti tbc. ascitiche col drenaggio permanente peritoneo-ipodermico.* Rivista San. Sic., 1930, n. 14 .
20) Roussiel. *Contribution à l'étude de la physiologie normale et pathologique du peritoine.* Ann. de la Soc. R. des scien. méd. et nat. de Bruxelles, 1910, fasc. I.
21) Santorsola. *Contributo al trattamento della peritonite tbc. ascitica col pneumoperitoneo.* Policlinico, Sez. Prat., 1927, n. 18.
22) Silvestri. *Ancora della insufflazione di gas nelle sierositi tbc.* Riforma Medica, 1925, n. 46.
23) Sorgo e Fritz. *Trattamento della peritonite tbc. ascitica col pneumoperitoneo.* Med. Klin., 1921, n. 50.
24) Stein. *Insufflazione peritoneale con ossigeno nella peritonite tbc. essudativa.* The Journ. of the Amer. Med. Ass., vol. LXVIII, 1922, n. 10.
25) Strumpell. *Trattato di patologia speciale medica e terapia.* Milano, Vallardi, 1922, vol. I, parte II, pag. 339.
26) Tremiterra. *Il pneumoperitoneo nella peritonite tbc. essudativa.* Riforma Medica, 1926, n. 24.
27) Zilotti. *Alcuni casi di peritonite tbc. trattati con l'ossipneumoperitoneo.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1932, n. 45.
28) Id. *L'ossipneumoperitoneo nella pratica pediatrica.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1934, n. 29.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI

Istituto di Clinica Medica
della R. Università di Roma
Direttore: Prof. C. Frugoni.

Presentazione di un piccolo strumento atto alla ricerca del "segno del soldo,,

Prof. Remo Monteleone, assistente.

Metodo noto per ottenere ciò che Gueneau de Mussy chiamò « transonanza plessimetrica », è quello di ascoltare il suono prodotto con la percussione del lato opposto del torace mediante due monete, una delle quali venga posta a piatto sul torace, quale plessimetro, e sulla quale con altra moneta a perpendicolo si percuota. Nel mentre un assistente esegue tale percussione, l'opposto ascoltatore potrà rilevare le seguenti varianti ascoltatorie:

un suono pressochè nullo, o secco, sordo, lontano, quasi rumore di legno che si spegne subito;

od un suono intensamente cupo, più sordo, più lontano;

od un suono chiaro, alto, acuto, sonoro, come vibrato all'orecchio direttamente;

od un suono metallico, armonioso direi, anforico, come se due vasi bronzei si urtas-

sero nei loro bordi, suono prolungantesi ad eco.

Nel primo caso si ritiene essere in presenza di un polmone normale;

nel secondo caso, in presenza di una più o meno massiva infiltrazione;

nel terzo caso in presenza di un versamento in cavo pleurico (segno di Pitres, 1908);

nel quarto caso in presenza di pneumotorace più o meno esteso, con o senza liqui-

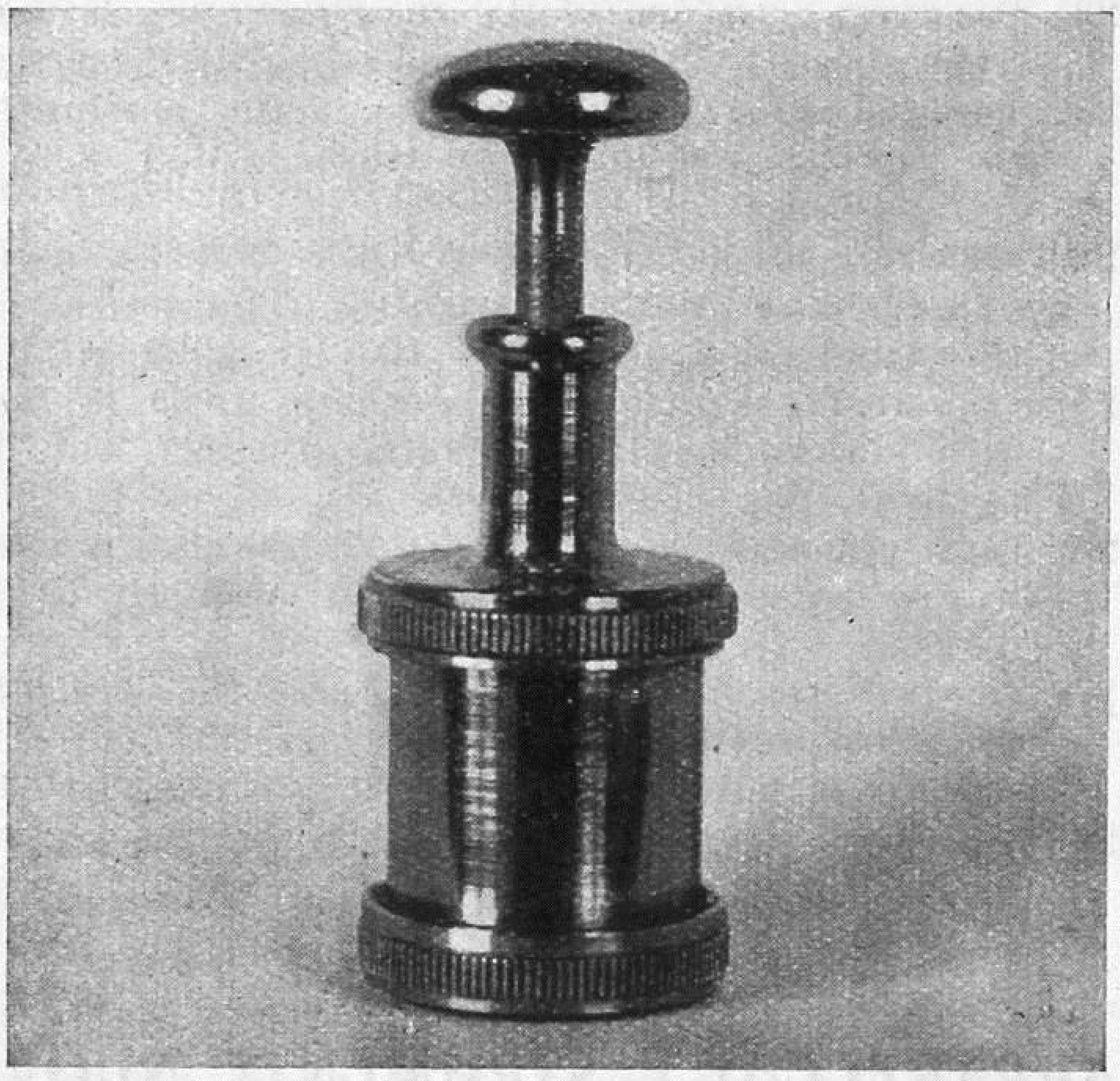


FIG. 1.

do, di caverne superficiali (segno di Trousseau-bruit d'arain, 1857).

Neumann, Frugoni, Sergent, Jacobson, Morelli, Achard, Kollert, ecc. che ebbero ad occuparsi del sintoma, ne precisarono la genesi, dettarono le norme tecniche da seguire per la sua ricerca, rilevarono le possibili cause di errore, concordi tutti nel metterne in evidenza il valore per la diagnosi e localizzazione delle raccolte pleuriche liquide o gassose: del tutto recentemente Pozzi, di questa Clinica, ne ha segnalata la identica importanza nel diagnostico di raccolte gassose intraddominali. Peraltro occorre aggiungere che la ricerca di un sintoma così ricco di precise deduzioni fisiche, è oltremodo trascurato: sono del parere che a ciò contribuisce principalmente il fatto della necessità, per l'esaminatore, della presenza di un assistente, non solo, ma di un assistente che sappia interpretare la tecnica percussoria sia dal punto di vista dell'intensità della stessa che della esatta localizzazione della moneta-plessimetro.

Il piccolo istrumento che qui presento, mi sembra possa agevolmente sostituirsi all'assistente, col vantaggio anche di potersi uniformare meglio ai desideri « topografici » dell'ascoltatore.

Come è mostrato chiaramente dalla prima figura, consta essenzialmente di un cilindretto di circa cinque cm. di altezza e del diametro corrispondente press'a poco a quello di una corrente moneta da cinque lire: il cilindretto, come vedesi nella sezione riportata in seconda figura, è inferiormente chiuso da una piastrina dello spessore circa della stessa moneta, ma a superficie piano-convessa, piana internamente, convessa a debole raggio, esternamente. L'apertura superiore del cilindretto è chiusa da un'adatta lamina forata nel suo centro, attraverso il quale sporge un piccolo pistone terminante superiormente con un bottone ed inferiormente con un battente conico, lateralmente schiacciato a moneta: una piccola molla a poche volute, completa lo strumento. Per l'uso non occorrono certo spiegazioni: è utile tener presente che l'esperimento che correntemente ne facciamo al letto dei pazienti, ha mostrato che il metallo più consone all'uso, è l'ottone, che la superficie inferiore convessa, si è mostrata utilissima per ottenere la completa aderenza a qualsiasi ristretta regione del torace o dell'addome, richiesta dai semiologi come condizione necessaria per la esatta produzione del sintoma, che la molla non deve essere oltremodo resistente alla pressione dell'alto verso il basso, che il piccolo strumento non è in alcun modo in-

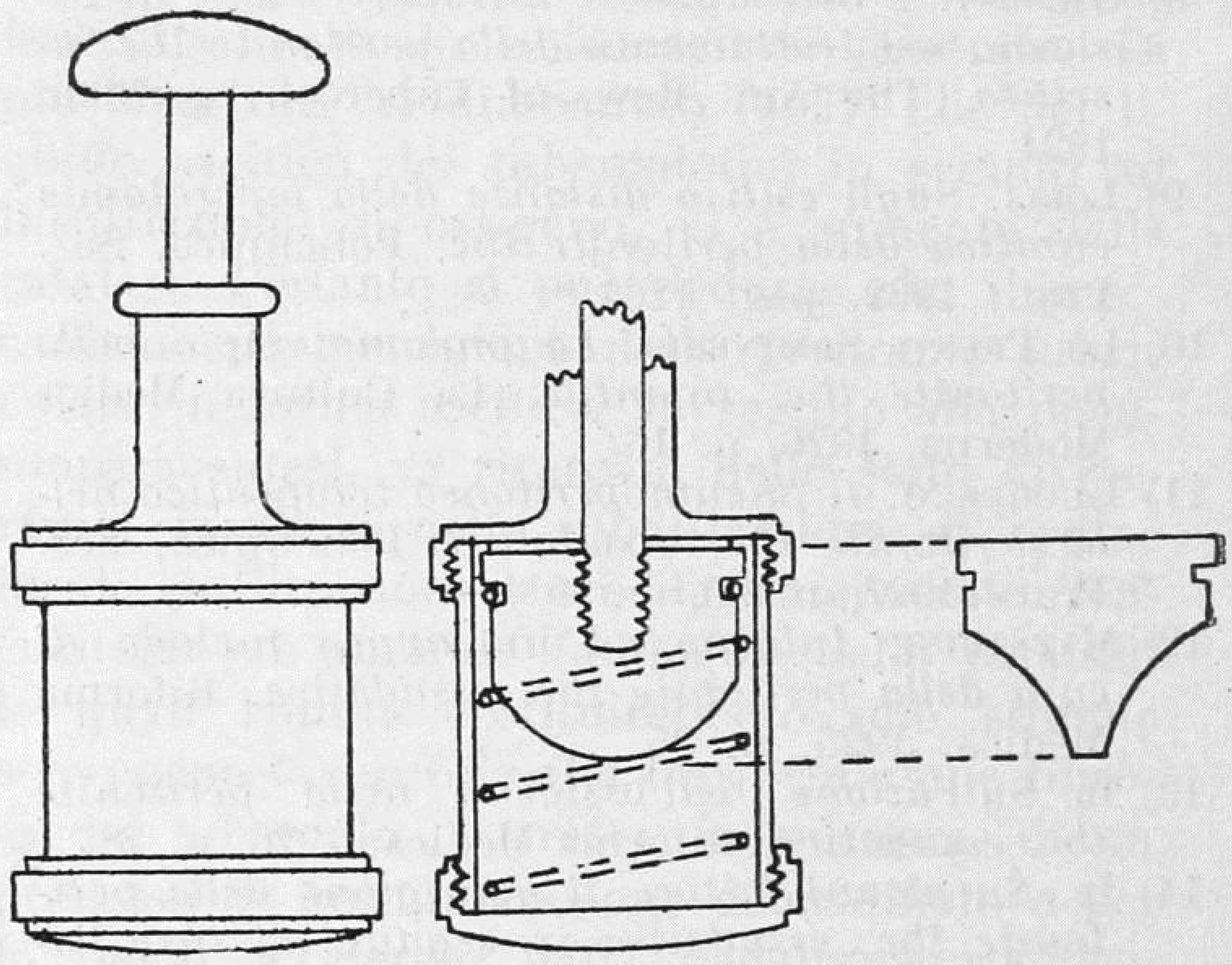


FIG. 2.

gombrante: afferrato il cilindretto fra il pollice ed il medio della mano, nel mentre l'orecchio dell'esaminatore si appoggia (senza la interposizione di stetoscopio o di fonendoscopio come insegnano i classici!) sulla regione di elezione, lo si porta a piacimento lungo le

linee che vogliamo, e laddove noi vogliamo determinare il rumore, daremo con l'indice della stessa mano dei colpi brevi, ora isolati ora ravvicinati, riuscendo in modo rapido ad ottenere l'ausilio prezioso di un delicato e preciso sintoma.

RIASSUNTO.

Descrizione di un piccolo apparecchio ideato e costruito allo scopo di ottenere il « segno del soldo » senza l'ausilio di un assistente.

SUNTI E RASSEGNE

SINDROMI ALLERGICHE.

Sindromi allergiche del tubo digerente e delle vie biliari.

(E. URBACH. *Mediz. Klinik*, 21-28 dic. 1934).

È noto che fra i molteplici sintomi delle manifestazioni allergiche figurano spesso anche quelli a carico del tubo digerente; frequente è il vomito, la diarrea sanguinolenta e le emissioni mucose coll'alvo. Ricerche più recenti hanno permesso di classificare tutta una serie di alterazioni morbose a carico del tubo digerente fra le sindromi allergiche acute o croniche, anche quando queste non si accompagnano a tutto il corteo della sintomatologia tipica delle manifestazioni del genere; la ricerca anamnestica, sperimentale e il criterio « ex iuvantibus » della terapia permettono spesso di assodare se si tratta o meno di un'affezione allergica di un dato segmento del tubo gastro-enterico.

L'allergene in causa può seguire sia la via parenterale che quella perorale; per quel che riguarda quest'ultima, le eleganti ricerche di Walzer e Gutzeit hanno dimostrato la possibilità di penetrazione nel circolo di proteine eterogenee anche attraverso una parete intestinale sana: difatti, iniettando intracute un antigene proteico, e somministrando successivamente lo stesso antigene per os, nel sito di iniezione si manifestava una reazione tipica con formazione di ponfi e vescicole. Le quantità dell'antigene perorale necessarie per la provocazione della reazione erano molto minori nel caso di individui affetti da lesioni gastro-intestinali; anche la stipsi favoriva la penetrazione delle proteine nel circolo.

Nella classificazione delle varie sindromi allergiche a carico dell'apparato digerente l'A., ispirandosi al concetto di praticità, si attiene al criterio topografico. Così avremo le gastropatie, le colecistopatie, le intestinopatie ecc.; seguendo la nomenclatura di Aschoff, per « Patia » s'intende una malattia non infiammatoria.

Fra le più imponenti manifestazioni gastriche di etiologia allergica va ricordato il cosidetto collasso gastrico da anafilassi alimentare che si presenta spesso con cianosi, crampi muscolari, dispnea, violenti dolori epigastrici (manca però la difesa addominale). Oltre che dall'ingestione di certi alimenti (carne suina, fegato di oca ecc.) tale sindrome può essere causata da alcuni medicamenti (arsenobenzoli), da iniezioni di siero, da prove con allergeni.

Sindromi meno drammatiche, ma molto più frequenti sono rappresentate da sensazione di peso all'epigastrio, da pirosi, eruttazione ecc. che si manifestano ogni qualvolta il p. ingerisce alcuni determinati cibi: fra questi possono figurare anche il latte, le uova ecc. Non sono rare le sindromi croniche nelle quali il dolore e lo spasmo, la ricorrenza stagionale e talora perfino un'ematemesi simulano perfettamente il quadro clinico dell'ulcera gastrica o duodenale. Ora, nei casi del genere la negatività della ricerca radiologica da una parte, la presenza di manifestazioni allergiche tipiche nell'anamnesi personale e familiare e l'utilità dei rimedi simpaticotropi dall'altra, dimostreranno la vera origine della sindrome. Anche i vomiti ciclici dei bambini, e il vomito biliare ricorrente associato spesso a dolori addominali (la cosidetta « emicrania addominale ») sono, secondo l'A., da annoverarsi fra le sindromi allergiche. Del resto in molti casi la diagnosi viene facilitata dal presentarsi contemporaneo di sintomi anafilattici tipici sotto forma di lacrimazione, starnuti, rinorrea ecc. Va notato che anche alimenti non proteici come p. es. la farina, possono provocare la fenomenologia allergica.

Per quel che riguarda i rapporti intercorrenti fra l'allergia e l'ulcera gastrica (di cui l'interdipendenza etiologica è stata in Italia ammessa da Cesaris-Demel e da Barbara) l'A. non esclude che le lesioni mucose da anafilassi possono creare un *locus minoris resistentiae* per lo stabilirsi dell'ulcera; però egli crede che sono piuttosto le lesioni pregresse quelle che favoriscono la penetrazione delle proteine nel circolo con la conseguente manifestazione anafilattica. Nello stesso senso agisce la gastrite, il consumo di cibi guasti, l'alcool ecc.; combattendo od evitando questi si eliminano le possibilità dell'insorgenza dei fenomeni allergici.

Nella clinica delle malattie delle vie biliari non sono rari i casi di concomitanza di queste coll'emicrania; da molti è stata osservata la comparsa di coliche dopo alcuni cibi allergeni; i malati presentano ogni tanto l'attacco acuto che non si accompagna a febbre ma a dolori epigastrici e addominali, a diarrea o stipsi, a brividi o deliquio, cardiopalmo, eruttazioni, talora a orticaria. Non è raro che si presenti contemporaneamente anche tumefazione e dolorabilità del fegato, perfino subittero. Mentre gli « epatici veri » non sopportano i cibi a

base di uova e di grasso come p. es. la maionese, il grasso d'oca ecc., in questi l'accesso viene provocato da alimenti ritenuti comunemente innocui come p. es. pane bianco, carne di vitella. L'A. cita un caso tipico dove l'allergene era rappresentato da gelato di vaniglia. La ricerca radiologica e le prove terapeutiche anche qui daranno la chiave della diagnosi; anzitutto non si riscontreranno calcoli; inoltre, mentre nel momento dell'attacco si osserverà l'immagine « idropica » della cistifellea e spesso anche sintomi di spasmo e ipersecrezione a carico dello stomaco, tale sintomatologia si dileguerà non appena passato il periodo acuto. Anche qui i farmaci simpaticotropi (adrenalina, efedrina, simpatol) e il trattamento desensibilizzante avranno facilmente ragione della sindrome. Non è raro d'altronde che la giusta interpretazione del caso viene data solo dopo un intervento operatorio che ha dimostrato l'assenza di qualsiasi alterazione anatomica.

L'esistenza delle « intestinopatie » allergiche appartiene a nozioni ormai acquisite; la « colica mucosa » ne è un esempio tipico; essa del resto si manifesta spesso negli asmatici, ed è caratterizzata da eosinofilia. La sindrome anafilattica (cui la causa è da ricercarsi in determinati cibi e la frequente concausa nella deficiente digestione peptica) si può manifestare oltrechè colla secrezione mucosa anche colla diarrea profusa o sanguinolenta e sopratutto con fenomeni a tipo spastico che talora giungono fino all'occlusione completa; qualche volta la stipsi e la diarrea si alternano. Spesso si riesce a palpare alcuni segmenti dell'intestino sotto forma di cordoni duri e dolenti. Anche qui la diagnosi può essere facilitata da concomitante orticaria, edema di Quincke ecc. Sono stati osservati dei casi di sindromi intestinali allergiche da pollini.

Riassumendo, la diagnosi differenziale delle sindromi allergiche gastro-epato-intestinali si baserà sulla ricerca di episodi anafilattici contemporanei o pregressi; si rileverà se la comparsa della fenomenologia morbosa segue a ingestione di dati alimenti o a introduzione parenterale di eventuali allergeni; si saggerà sperimentalmente l'azione di questi ultimi. La valutazione terapeutica delle sostanze simpaticotrope sarà di grande ausilio nella diagnosi, la quale d'altra parte richiede un'accurata ricerca clinica e radiologica per escludere le eventuali lesioni organiche.

La terapia che durante l'accesso acuto sarà analoga a quella delle manifestazioni allergiche in genere, avrà per iscopo la disensibilizzazione dell'individuo. Questa potrà essere eseguita somministrando progressivamente dosi crescenti dell'allergene, oppure, seguendo la via della « skeptofilassi »: 45 m' prima dei pasti si ingeriranno quantità minime (da aumentare successivamente) degli alimenti (da 1/10 fino 5-10 gr.); per quest'ultimo procedimento potranno essere usati i cosidetti « propeptani » specifici o misti preparati secondo il sistema di Luithlen-Urbach, che contengono varie proteine alimentari. Finalmente si potrà ricorrere alla disensibilizzazione « paraspecifica », secondo Kalk, provocando artificialmente uno shok anafilattico mediante siero di cavallo, o iniezioni di peptone. Richet e Conder avrebbero anche ottenuto buoni risultati somministrando durante i pasti dell'olio di paraffina per evitare il contatto immediato e il rapido passaggio delle sostanze allergene nella mucosa gastro-intestinale.

I dati dell'A. vengono abbondantemente illustrati da esempi di casi clinici; egli inoltre presenta citazioni molteplici che stanno a dimostrare come l'idea dell'importanza dell'allergia nella patologia intestinale tende sempre più ad affermarsi. Comunque sia, il nuovo concetto (del quale, del resto, si troverebbero dei richiami anche nella letteratura non tanto recente), si presenta seducente e ricco di promesse, specie dal punto di vista terapeutico; e anche senza che si tenda a generalizzare, agendo con prudenza e oculatezza i risultati pratici della concezione moderna non si faranno aspettare a lungo. S. MINZ.

La glomerulonefrite diffusa quale malattia allergica del rene.

(M. MASUGI. *Klin. Wochenschr.*, 16 marzo 1935).

Già nel 1907 Schick avanzava l'ipotesi che la glomerulonefrite postscarlattinosa fosse da considerarsi quale espressione di una reazione allergica del rene nei riguardi del virus scarlattinoso. Tale opinione ha trovato in seguito larghi consensi: la possibiltà di origine allergica veniva da molti estesa anche alle glomerulonefriti diffuse in genere. Solo che, fino a poco tempo fa, rimaneva oscuro il rapporto fra le modificazioni istopatologiche del rene e il processo allergico locale e generale.

Un notevole contributo a tale problema viene ora portato dall'A. Nelle sue ricerche precedenti eseguite insieme a Tomisuka, Sato, Murasava e Isibasi egli riusciva a dimostrare che le caratteristiche alterazioni nefritiche vengono provocate dalla reazione locale fra l'antigene e il suo anticorpo specifico. Tali alterazioni si svolgono anzitutto a carico del sistema vascolare; il loro primo grado è rappresentato dall'aumentata permeabilità dei capillari glomerulari, ischemia e comparsa di sostanza albuminoidea nel lume di essi con accumulo di leucociti e proliferazione endoteliale. Nel grado successivo si osserva formazione di trombi fibrinosi e aumentata trasudazione albuminoidea; anche nelle anse terminali avvengono alterazioni parietali (vacuolizzazione, imbibizione ecc.); finalmente, in caso di lesioni ancora più gravi invece dell'ische-

mia si osserva una stasi notevole e duratura dei capillari del glomerulo cui segue necrobiosi delle pareti vascolari e del parenchima.

Tutte queste alterazioni (che corrispondono perfettamente a quelle osservate da Rössle e la sua scuola nei capillari del mesenterio della rana nella cosidetta anafilassi locale o infiammazione iperergica, dove al contatto diretto dell'antigene si verificava la stasi e in vicinanza di esso, ischemia dei capillari che vengono riempiti solo dal plasma e leucociti) sono state dagli AA. giapponesi osservate nei ratti trattati cogli anticorpi renali specifici; tali anticorpi erano rappresentati dal siero di sangue dei conigli immunizzati precedentemente con sospensioni cellulari del rene. Fenomeni analoghi si verificavano a carico del fegato, quando l'animale fornitore dell'anticorpo veniva preparato con quest'organo.

Benchè le condizioni sperimentali dell'A. non riproducono la reazione allergica vera e propria, tali condizioni secondo lui, sono da considerarsi quali analoghi ai fenomeni allergici locali, in quanto che sia negli uni che negli altri avviene la combinazione dell'antigene con anticorpo specifico. D'altra parte, tutti i processi osservati sperimentalmente a carico del sistema vascolare del rene, come l'ischemia e la proliferazione endoteliale, la trombosi fibrinosa e la stasi si riscontrano nelle nefriti acute; a queste ultime corrisponderebbero successivamente anche le lesioni più gravi, quali la ialinizzazione e la formazione delle semilune extracapillari. In una serie di esperienze eseguite sui conigli mediante iniezione di siero antirenale ricavato dalle oche si è riuscito a riprodurre il quadro clinico della nefrite acuta con albuminuria, cilindruria, ematuria, ipertensione, iperazotemia e edema; la gravità clinica corrispondeva a quella delle lesioni anatomiche.

In ulteriori esperienze l'A. ha cercato di provocare la nefrite con introduzione di antigene in animali precedentemente sensibilizzati; egli ha potuto constatare che introducendo l'antigene (siero di cavallo) direttamente nelle arterie renali di animali sensibilizzati si provocava il quadro anatomo-clinico della glomerulonefrite diffusa; in animali normali tale pratica veniva seguita dalla insorgenza di nefrite a focolai. Evidentemente tale fatto, seguendo il concetto di infiammazione iperergica di Roessle, è da interpretarsi come maggiore capacità reattiva del sistema vascolare sensibilizzato, che reagisce in toto allo stimolo tossico o infettivo. Alterazioni analoghe, sebbene meno pronunciate, si sono avute inoculando periodicamente gli animali collo streptococco o col b. coli: dopo un periodo latente, (caratteristico per le manifestazioni allergiche) si manifestavano i fenomeni nefritici. Secondo l'A., il rene rappresenta uno degli organi predisposti alla reazione allergica; indubbiamente tale sua proprietà è anche in relazione alla costituzione individuale.

Studiando contemporaneamente il sistema arterioso, l'A. ha potuto constatare la frequente concomitanza della nefrite e della periartrite nodosa diffusa, specie a carico dell'arteria polmonare, del cuore, aorta, rene e intestino tenue; questo fenomeno, che già il Gruber metteva in connessione causale colla glomerulonefrite, avrebbe anche secondo l'A. una importanza patogenetica.

I dati presentati dall'A. non sono naturalmente nè esaurienti, nè si può dire che le sue esperienze abbiano perfettamente riprodotto il meccanismo del fenomeno clinico; ma indubbiamente l'interpretazione della glomerulonefrite acuta quale fenomeno allergico, prospettata in base a dati clinici, riceve attualmente anche una più solida dimostrazione sperimentale.

S. MINZ.

La febbre da fieno.

(C. FRANCIS. *Practitioner*, maggio 1935).

Durante gli ultimi anni è divenuta molto frequente tanto in Europa che in America. Forse più che ad un effettivo aumento di casi il fenomeno è da attribuirsi alla facilità con la quale ora si fa la diagnosi dato l'interesse suscitato dalle affezioni allergiche.

La malattia si manifesta in primavera ma in epoche diverse a seconda delle latitudini, in relazione al tempo di maturazione del polline dell'erba dei prati che quasi sempre ne è la causa. Il polline degli altri fiori essendo più pesante e vischioso è trasportato principalmente dagli insetti e non dall'aria, e quindi non viene a contatto della mucosa nasale a meno che non si trovi molto vicino o sia direttamente annusato.

È probabile che il polline di tali fiori possa anche provocare i sintomi della febbre da fieno quando la mucosa nasale sia stata precedentemente irritata dall'azione del polline dell'erba dei prati. In effetti è stato accertato che i sintomi stessi si possono avere prima e dopo la pollinazione dell'erba odorando alcuni fiori, ad esempio le rose, che in epoca lontana della stagione della febbre da fieno non producono alcun disturbo. Comunque l'affezione può essere prodotta direttamente dal garofano, dal ligustro e dal papavero.

La lista delle erbe, il cui polline suole dare la febbre da fieno, è molto lunga. Le più comuni sono: codalina (*Plheum pratense*), ulmaria (*Poa annua*), loglio (*holium perenne*), piede di gallo (*Dactylis glomerata*), primaticcia (*Anthoxanthum odoratum*), nebbia (*Holcus lanatus*), avena selvatica (*Avena fatua*), coda di volpe (*Alopecurus pratensis*).

La quantità di polline presente nell'atmosfera e conseguentemente la gravità dei disturbi dipende dalle condizioni metereologiche. La

concentrazione del polline varia non solo con le ore del giorno, con le variazioni quotidiane del tempo, ma anche con le condizioni metereologiche dell'intera stagione.

Di solito la maggiore frequenza di febbre da fieno si ha quando ad un periodo piovoso che favorisce lo sviluppo dell'erba, segue un periodo di bel tempo, secco e soleggiato, che favorisce la maturazione del polline, nonchè la sua polverizzazione e il suo spandimento nell'atmosfera. La stagione della febbre da fieno è più prolungata quando questi periodi di tempo cattivo e bello sono brevi e si alternano rapidamente.

Tutti i pazienti di febbre da fieno hanno quasi sempre zone nettamente localizzate di ipersensibilità della mucosa nasale, che diventa più marcata durante la stagione del male. In queste zone agisce preponderantemente il polline.

Non è dubbio che nella produzione dell'affezione entrano elementi psichici. Una signora ebbe un grave attacco di febbre da fieno non appena si accorse di trovarsi in prossimità di un fascio di rose, che erano artificiali; l'attacco cessò immediatamente quando la paziente si rese conto della realtà. Non è dubbio che la febbre da fieno è più comune tra i lavoratori di concetto, quantunque essi siano meno a contatto con il polline.

Il sintoma iniziale della febbre da fieno è di solito costituito da un senso di leggera irritazione nasale ed oculare, mentre la sintomatologia dell'affezione in pieno sviluppo è analoga a quella del comune raffreddore di testa. Si ha una irritazione intensa della mucosa del naso, delle fauci e degli occhi, con attacchi violenti di sternuti e profusa rinorrea. Dopo molti sternuti la mucosa del naso, specie quella dei turbinati inferiori diventa gonfia e congesta fino ad ostruire completamente il passaggio dell'aria. Segue la congestione della faringe e della laringe, e nei casi gravi e prolungati può sopravvenire l'ozena. Anche le congiuntive diventano edematose e congeste. Talvolta si ha intensa irritazione dell'orecchio. Dopo un attacco prolungato si può avere un senso di prostrazione più o meno accentuato, mentre la temperatura si eleva di un grado e anche più.

Il trattamento della febbre da fieno deve essere indirizzato a migliorare le condizioni generali e nasali del paziente, ad eliminare la sua ipersensibilità, ad allontanarlo dall'ambiente dove trovasi l'agente sensibilizzante, ed infine ad alleviare le sofferenze in atto.

Devono innanzi tutto essere corrette le eventuali malformazioni dello scheletro nasale che ostacolano la libera respirazione, e la tendenza alle forme catarrali della mucosa.

Gli esercizi fisici moderati miglioreranno lo stato generale e renderanno meno moleste le sofferenze diminuendo la congestione del capo.

L'assoluta soppressione di tutti i disturbi si può ottenere solo con l'allontanamento dall'ambiente dove trovasi il polline. Ciò si può raggiungere solo con i viaggi in alto mare. È sorprendente come il polline si diffonda a grandissime distanze. Alcuni pazienti hanno raccontato di essere stati ripresi dalla febbre da fieno quando il piroscafo al ritorno della crociera si trovava ad oltre cinque miglia dalla costa di partenza. È stato registrato che il polline può spostarsi per parecchie centinaia di miglia e trovarsi nell'atmosfera anche a 3000 metri di altezza.

Il paziente può essere immunizzato verso gli effetti del polline o con l'inoculazione di dosi di polline progressivamente elevate o con l'opportuno trattamento inteso a rimuovere le zone di ipersensibilità del naso.

La desensibilizzazione dell'organismo si pratica con l'inoculazione di vaccini preparati con il polline che provoca l'affezione. Conviene quindi prima accertare con la cutireazione l'agente specifico, quantunque recenti ricerche tendino a dimostrare la desensibilizzazione verso il polline di tutte le erbe inoculando una sola specie. Alcune case farmaceutiche inglesi preparano vari tipi di polline sia per praticare la reazione, sia come vaccini. La cura si fa generalmente prima della stagione della febbre da fieno. Si inoculano dosi gradatamente ascendenti ad intervalli di due giorni ad una settimana, in relazione alla reazione generale e locale.

La rimozione delle zone nasali ipersensibili si può ottenere con leggere applicazioni di galvanocauterio su i punti indicati, con causticazioni con acido cromico o nitrato d'argento, oppure con la ionizzazione allo zinco.

L'accertamento delle aree da cauterizzare si fa toccando due o tre volte le varie parti della mucosa nasale con un batuffolo d'ovatta bagnata con soluzione di cocaina al 10 %, e quindi procedendo a leggera cauterizzazione. La scomparsa immediata dei sintomi prova che si sono cauterizzate le parti ipersensibili. Occorrendo si ripete la pratica su altre aree.

Le applicazioni di caustici, come l'acido cromico ed il nitrato d'argento, non producono benefici permanenti.

La zinco-ionizzazione dà quasi sempre buoni risultati. Si pratica introducendo nelle narici due bastoncini di zinco avvolti con cotone idrofilo imbevuto di soluzione di solfato di zinco all'1 %. I bastoncini sono attaccati ambedue al polo positivo di una batteria galvanica, mentre una mano è poggiata su un cuscinetto bagnato al quale è attaccato l'altro elettrode. Si fa passare per 15-20 minuti una corrente di 3-5 ampères. A seguito di ciò si forma sulla mucosa nasale un deposito di zinco che la rende meno irritabile.

La cura sintomatica è intesa a rendere meno molesta l'irritazione delle congiuntive e del naso faringe.

Per l'irritazione congiuntivale si adopera la seguente soluzione:

acido borico centigrammi trenta;
cloridrato di cocaina centigrammi dieci;
acqua distillata grammi trenta.

S'immerge il polpastrello di un dito in questa soluzione e quindi lo si passa leggermente sul margine interno della palpebra inferiore. Così facendo non si provoca midriasi e neppure tossicomania.

Bisogna astenersi dall'instillare nella congiuntiva o nel naso l'adrenalina, che produce sempre effetti disastrosi aggravando tutti i disturbi. Essa provoca una breve ischemia delle mucose seguita da un'intensa congestione reattiva.

Per il naso si può adoperare la seguente pomata:

Solfato di chinina grammi uno
Solfato di atropina milligrammi tre
Benzocaina centigrammi 30
Eucaliptolo centigrammi 20
Vaselina grammi 15.

S'introduce una piccola quantità di questa pomata nelle narici tre volte al giorno, al mattino, nel pomeriggio e alla sera. Dr.

SINDROMI ASFITTICHE.

L'insufficienza respiratoria.

(A. Monkrieff. *Lancet*, 9 marzo 1935).

L'asfissia o insufficienza respiratoria può essere di origine centrale e periferica.

Le cause centrali sono: 1) difetto di nutrizione dei centri nervosi (disturbi circolatorî, stasi); 2) ipertensione endocranica; 3) malattie del bulbo; 4) malattie di altre parti del cervello; 5) fattori chimici (riduzione dell'ossigeno, eccesso o difetto di anidride carbonica, ecc.); 6) avvelenamenti medicamentosi (morfina, barbiturici, ecc.).

Le cause periferiche sono: 1) Meccaniche (*a.* paralisi muscolare o neuromuscolare, *b.* affezioni della parete toracica, rigidità, pressione sul petto, *c.* malattie degli organi toracici, specie occlusione delle vie aeree); 2. Disordini della ventilazione pulmonare (*a.* diminuzione della capacità vitale, *b.* alterazione dei rapporti della capacità vitale, dell'aria residua, ecc. *c.* aumento dello spazio morto, *d.* iperventilazione, *e.* ipoventilazione); 3. Disturbi degli scambi gassosi tra aria e sangue (*a.* malattie degli alveoli, pneumonosi, *b.* alterazioni dell'aria inspirata, difetto di ossigeno, eccesso di anidride carbonica, gas tossici, *c.* alterazioni del sangue, diminuzione o modificazione dell'emoglobina); 4. Disordini della circolazione pulmonare.

A) Cause centrali.

La funzione respiratoria si trova sotto il controllo di centri disseminati a varî livelli del tronco cerebrale inferiore, i quali risentono anche l'influenza di centri più elevati o d'impulsi provenienti da parti periferiche e propriamente dell'apparato cardiovasale, delle quali le meglio individuate sono il seno carotideo e l'arco aortico.

Ogni alterazione nutritiva di questi centri produce perturbamenti respiratori, pertanto ogni difetto circolatorio che riduce l'apporto di ossigeno ai centri stessi provoca l'insufficienza respiratoria. L'ipertensione endocranica determina lo stesso fatto con il medesimo meccanismo. Ed è ovvio che le malattie bulbari producano l'insufficienza respiratoria attraverso una degenerazione dei rispettivi centri. Le malattie dei centri superiori, le grandi degenerazioni cerebrali e l'encefalite letargica possono produrre interessanti disturbi della respirazione, spesso rassomigliante al tipo Cheyne-Stokes, che non sono influenzati dalla somministrazione di ossigeno.

I centri respiratori sono facilmente influenzati da agenti chimicî, e sono stati descritti tre tipi di disordini dei centri stessi di origine chimica: asfissia apneica, acarbica e cronica.

L'asfissia apneica è determinata da una breve ma intensa mancanza di ossigeno, come avviene nell'annegamento. L'asfissia acarbica è determinata da deficienza dello stimolo abituale da parte dell'anidride carbonica con riduzione della riserva alcalina nel sangue ed eccesso di acidità. L'asfissia cronica è costituita da una persistente deficienza di apporto di ossigeno ai centri respiratorî in relazione a stati anemici primarî o postemorragici.

Alcuni medicamenti, e specialmente la morfina ed i barbiturici, paralizzano i centri respiratori diminuendo la loro sensibilità al meccanismo normale chimico e nervoso che regola la funzione respiratoria.

B) Cause periferiche.

Una delle cause meccaniche più comuni di insufficienza respiratoria è costituita dalle paralisi dei muscoli respiratori da affezioni acute, come la poliomielite, o da stati cronici, come l'atrofia muscolare progressiva.

I movimenti del torace e dei pulmoni possono essere meccanicamente ostacolati da malattie di detti organi: enfisema, stenosi della trachea o di un grosso bronco, grandi versamenti pleurici, pneumotorace, neoplasmi del pulmone, affezioni diffuse dei pulmoni. Altre cause di occlusione delle vie aeree sono l'edema della glottide, l'inalamento di corpi estranei e sopra tutto di liquidi, come nell'annegamento. Va infine ricordato l'impedimento ai movimenti della gabbia toracica prodotto dalla pressione esercitata su di esse da forze esterne, come nell'interramento.

Durante la respirazione il pulmone non si espande nè si restringe completamente, per modo che una certa quantità di aria non viene

rinnovata. S'intende per capacità vitale dei polmoni la quantità di aria che può essere aspirata ancora dopo un'inspirazione massima, per aria residua quella che non può essere mai emessa. La capacità vitale si suddivide in aria corrente, che è quella che muta nella respirazione normale di riposo, in aria complementare, che è quella in eccesso che può essere inspirata dopo una inspirazione normale, e in aria di riserva, che è quella che può essere espirata dopo un'espirazione normale. Ogni riduzione della capacità vitale o delle sue componenti, come ogni alterazione dei rapporti quantitativi tra aria residua, corrente, complementare e di riserva rappresenta in qualche modo un'insufficienza respiratoria. Così la riduzione del tessuto pulmonare, ad es., da neoplasma, da infiammazione o da alterazione del lume dei bronchi (asma, bronchiectasia) può considerevolmente diminuire la capacità vitale e ridurre l'efficienza respiratoria.

D'altra parte l'aria emessa dal naso e dalla bocca è una mescolanza di aria pulmonare proveniente dagli alveoli e di aria inspirata o atmosferica che non ha raggiunto gli alveoli e quindi non ha partecipato agli scambî respiratori. Essa rappresenta quasi il 30 % dell'aria emessa e proviene dal così detto spazio morto, che è anatomicamente costituito dalle vie aeree superiori e dai bronchi dove non si verificano veri scambî tra aria e sangue. In certi casi, come in occasione di sforzi, l'iperventilazione può provocare un aumento dello spazio morto e una riduzione della ventilazione alveolare, oppure un'eccessiva eliminazione di anidride carbonica dai pulmoni con la conseguente riduzione dell'attività dei centri respiratorî.

Un altro tipo di ventilazione inadeguata associata a insufficienza respiratoria si ha quando il respiro diventa frequente e superficiale, come nella pulmonite.

La parte spiegata dall'epitelio alveolare nello scambio dei gas tra aria e sangue è ancora controversa. Alcuni ritengono che essa agisca come una membrana inerte, altri sostengono che esso abbia la capacità di secernere l'ossigeno come un processo vitale. Molti sono i fatti che sono pro e contro questi due punti di vista, certo è che ogni qualvolta l'epitelio alveolare è leso per agenti infettivi (bronco-pulmonite) o tossici (gas irritanti) gli scambi gassosi subiscono un notevole rallentamento. Questa condizione è stata chiamata pneumonosi.

È ovvio che gli scambi respiratorî si modificano anche quando è alterata l'aria inspirata o il sangue. Così l'insufficienza respiratoria può verificarsi quando nell'aria c'è eccesso di anidride carbonica o difetto di ossigeno. La respirazione di un gas inerte come l'azoto provoca paralisi del centro respiratorio. L'inalazione di ossido di carbonio o di cianuri impedisce l'assorbimento dell'ossigeno perchè detti gas si sostituiscono ad esso nella combinazione con l'emoglobina.

I disturbi circolatorî dei pulmoni sono tra le cause più frequenti di insufficienza respiratoria. È facilmente comprensibile come il difetto di circolazione sanguigna provochi da una parte un'alterazione dell'epitelio alveolare con la conseguente riduzione degli scambi gassosi, e dall'altra parte per i fenomeni di stasi una riduzione della superficie funzionante.

A parte certe peculiarità dipendenti dalla immaturità dei tessuti e dalle condizioni inerenti al parto, fondamentalmente il meccanismo di produzione dell'asfissia dei neonati è analogo a quello accennato per gli adulti.

Le cause centrali dell'asfissia dei neonati sono: 1) l'immaturità del centro respiratorio; 2) lesioni del centro stesso da aumento della pressione intracranica, da edemi, da emorragie; 3) i narcotici (morfina) adoperati dalla madre; 4) gli agenti chimici (difetto di ossigeno, eccesso di anidride carbonica, ecc.); 5) i disturbi circolatori (pressione sul cordone, prolasso del cordone, distacco della placenta, ecc.) che ledono il centro respiratorio nell'utero.

Le cause periferiche dell'asfissia dei neonati sono: 1) l'occlusione delle vie aeree da muco, meconio, liquido amniotico, in seguito ad inspirazione prematura; 2) il ritardo dell'espansione pulmonare; 3) la debolezza muscolare; 4) l'insufficienza circolatoria. Dr.

Sull'insufficienza respiratoria.

(H. W. Knipping. *Klin. Wochenschr.*, 23 marzo 1935).

Il concetto dell'insufficienza respiratoria, introdotto recentemente nella clinica delle malattie polmonari, ha avuto già modo di dimostrare la sua utilità pratica specie per quel che riguarda la valutazione della gravità dell'affezione polmonare; ciò vale sopratutto per le malattie croniche del polmone, poichè nelle lesioni acute di esso, quale p. es. la polmonite, è raro che la morte sopraggiunga per deficienza respiratoria e non circolatoria.

Così come è avvenuto per le malatie del cuore anche per il polmone possono essere considerati vari stadi di scompenso; i primi segni di insufficienza respiratoria vengono rilevati durante lo sforzo fisico. L'A. distingue 2 gradi di insufficienza: quella manifestantesi già a riposo, e quella rilevabile solo durante l'esercizio fisico.

Fra i sintomi clinici dell'insufficienza respiratoria va ricordata anzitutto la cianosi caratteristica per il fatto di essere facilmente eliminata mediante respirazione di ossigeno, essendo per contro scarsamente influenzata dai cardiocinetici (salvo il caso di anossiemia respiratoria da stasi circolatoria. Va da sè che l'esame clinico stesso nella maggior parte dei casi ci indicherà la lesione respiratoria o risp. quella circolatoria). La cianosi può mancare solo nei casi di ipoventilazione centrale per

avvelenamento da ipnotici, nonostante l'enorme limitazione del volume minuto respiratorio che dai 4-6 litri può scendere al disotto di un litro.

La determinazione diretta della funzionalità respiratoria viene data dalla misurazione spirografica; si noti che la capacità respiratoria misurata in volume minuto non è sempre proporzionale alla capacità vitale, aria complementare e totale; ne è un esempio il caso di stenosi delle vie respiratorie, nel quale esiste l'insufficienza respiratoria, malgrado la normalità dei valori volumetrici del polmone, per causa della lentezza degli atti respiratori.

Un ulteriore dato sull'esistenza della insufficienza respiratoria viene fornito dall'analisi dei gas del sangue arterioso, la quale dimostrerà la deficiente ossigenazione di esso. Una prova più facilmente eseguibile e più dimostrativa viene realizzata facendo respirare alternativamente dell'aria comune e dell'ossigeno puro e paragonando poi i rispettivi valori dell'ossigeno consumato avutisi in ambedue le condizioni: mentre nei malati circolatori il consumo diminuito dell'ossigeno si mantiene sempre uguale, negli insufficienti respiratori esso viene aumentato notevolmente colla respirazione dell'ossigeno puro.

Il procedimento più semplice e dimostrativo per mettere in evidenza l'insufficienza respiratoria viene dato dalla misurazione dell'aria respirata per m' in condizioni di riposo e di un determinato lavoro (eseguito sull'ergografo). L'individuo normale ha in riposo un volume minuto respiratorio di circa 6 l.; collo stimolo del lavoro tale volume può raggiungere i 100 litri (*valore respiratorio massimo*); dunque la riserva respiratoria è di 94 l. In un insufficiente respiratorio, quale ad es. un enfisematoso, mentre a riposo il v. m. respiratorio è di 5 l. col lavoro esso non risale al disopra di 16 l. (*riserva respiratoria* di 11 l.). È chiaro che in questo ultimo caso vi sarà la tendenza a dispnea anche con sforzi minimi.

Le condizioni patogenetiche dell'insufficienza respiratoria sono molteplici; oltre a quelli centrali dovuti a sostanze ipnotiche (è stata osservata una insufficienza lieve anche nei casi di pregressa poliomielite), la maggior parte di esse si riferisce a lesioni delle vie respiratorie (stenosi bronchiali, asma bronchiale, tumori, bronchiti ecc.), del parenchima polmonare (epatizzazione, sclerosi, deficiente elasticità, edema polmonare, infarto, tbc. ecc.), alterazioni pleuriche (versamenti, aderenze, tumori pleurici ecc.) o malattie del mediastino (tumori ecc.); finalmente, a parte il pnx. e la frenicoxeresi, una grande importanza spetta ad alterazioni delle pareti toraciche quali la rigidità costale, la toracoplastica, oppure le malattie dell'app. muscolare toracico, come p. es. nell'atrofia muscolare, in alcuni processi spinali, ecc.

D'altra parte, vi può esistere insufficienza respiratoria relativa, inerente ad un aumentato ricambio: così nel morbo di Basedow, nelle malattie febbrili, nell'eccitamento, nell'agitazione motoria. Quest'ultimi casi possono essere influenzati favorevolmente da una terapia calmante che interrompe il circolo vizioso stabilitosi fra l'agitazione e la dispnea.

L'A. osserva infine come la capacità respiratoria rappresenta anche una delle caratteristiche costituzionali; essa può essere migliorata coll'esercizio graduale (difatti il volume minuto respiratorio massimo si dimostra superiore negli individui allenati); l'osservazione su larga scala permetterà probabilmente di fissare i limiti normali del volume respiratorio in rapporto all'età, superficie e peso corporeo, come è stato fatto per il metabolismo basale; si potrà in tal modo addivenire ad un rapido vagliare della funzionalità respiratoria di ogni singolo individuo, sano o malato.

S. MINZ.

MISCELLANEA.

Contributo all'etiologia del morbo di Still.

(C. BENNHOLDT-THOMSEN e O. STICKL. *Kl. Wochenschr.*, 1° sett. 1934).

La ricerca dell'agente causale di morbo di Still ha finora dato scarsi risultati; in tutto, solo in 6 casi si è riuscito a isolare o dal sangue del cuore (post-mortem) o dal sangue circolante il probabile germe infettivo. In tre di queste osservazioni è stato repertato lo streptococco del tipo di viridans (Iseke, Stove, Leichentritt e collab.); in un caso è stato coltivato lo stafilococco, però prima dell'insorgenza della sindrome (Kuhn); un altro caso ha dimostrato la presenza del b. di paratifo B., però non si potè escludere che la contemporanea sepsi paratifosa non rappresentasse un fatto indipendente (Berzaczy); finalmente in un ultimo caso veniva isolato dal sangue un diplococco che nella coltura ha presentato caratteri di enterococco (Mussa).

Gli AA. del presente lavoro hanno avuto occasione di osservare un caso tipico di morbo di Still in un bambino di due anni e mezzo, di costituzione gracile con note tipiche di diatesi spasmofila; l'infermo guariva (per lo meno apparentemente) dopo circa 9 mesi; secondo l'A., che ha potuto constatare l'inefficacia dei trattamenti tentati (antisettici, tonsillectomia, vaccinoterapia, antipiretici), tale guarigione era da considerarsi quale spontanea.

L'interesse del caso stava nella positività del reperto batteriologico ottenuto mediante l'emocoltura; con quattro prelevamenti si è avuto costantemente lo sviluppo dello stafilococco aureo; con uno di questi è stato inoltre voltivato uno streptococco anemolitico. Accurate prove batteriologiche eseguite su quest'ultimo hanno dimostrato che si trattava dello strept. viridans,

il quale essendo dotato di maggiore resistenza contro il calore e il taurocolato acido di sodio non poteve essere identificato con il tipico viridans di Schottmüller ma con lo *streptococcus viridans* B di Wirth.

Interpretando i dati ottenuti, anche nella luce dei reperti precedenti, gli AA. credono che la parte dell'agente causale della malattia è da attribuire allo streptococcus viridans; lo stafilococco non rappresentava probabilmente che il germe di associazione.

La rarità del reperto positivo nel morbo di Still sarebbe dovuta alle difficoltà di coltivazione del germe specifico; è noto che il sangue stesso è eminentemente battericida nei riguardi del viridans (Schottmueller); d'altra parte in ogni processo cronico scarseggiano i germi nel circolo.

Conformemente all'opinione di Leichentritt gli AA. concludono che la sindrome di Still è da considerarsi quale una sepsi lenta da streptococco del gruppo di viridans; con tutta probabilità nel determinismo della malattia una parte non indifferente spetta ad un'alterata reattività organica intesa o nel senso generico (da allergia? Fahr), o perchè si tratta di una diversa costituzione locale dei tessuti (Leichentritt); comunque, sembra che i reperti batterici rilevati confermano il concetto col quale Fahr qualificava il morbo di Still, quale una forma speciale delle granulomatosi reumatiche.

S. MINZ.

Nuovi orientamenti nel trattamento dell'angina pectoris.

(E.-E. BAUKE. *Fortschritte der Therapie*. maggio 1935).

Per la mancanza di esatte nozioni patogenetiche su questa malattia, la terapia vaga tuttora nell'empirismo. Si tende ora ad ammettere che l'angina pectoris sia dovuta a deficiente apporto di sangue (ossigeno) al miocardio, per cui si parla di « soffocamento del miocardio » e si afferma il concetto di insufficienza coronarica. La nota azione dei nitriti si spiega nel senso che i ramuscoli delle coronarie ancora reagenti vengono meglio irrorati e portano maggior quantità di ossigeno alle sezioni del cuore che ne sentono la deficienza. A tale scopo, si danno 3-10 gocce della soluzione alcoolica di nitroglicerina all'1 %, nelle forme più lievi, bastano semplici mezzi fisici, come impacchi caldi del torace od impacchi con aceto od alcool; meno bene sopportano tali pazienti il freddo e si cita il caso di una donna in cui si sviluppava l'accesso al solo bere dell'acqua ghiacciata.

In non piccolo numero di casi, bastano spesso dei mezzi psicoterapeutici e, quindi, la somministrazione di un medicamento qualsiasi. Essenziale è sempre il massimo riposo fisico e psichico e, se questo non è sufficiente, si somministreranno dei calmanti, come la morfina, il somnifen e simili, oppure il luminal sodico, pure per iniezioni. Le inalazioni di ossigeno si faranno in presenza di anossiemia, p. es., da enfisema o da stasi polmonare.

Altri mezzi utili per la dilatazione delle coronarie sono i derivati della serie purinica, fra cui l'A. dà la preferenza alla eufillina, un estere etilendiaminico della teofillina.

Ancora contrastato è l'uso delle iniezioni endovenose ipertoniche (al 25 %) di glucosio, che avrebbero azione vasodilatatrice sulle coronarie e che sarebbero buoni effetti abbassando la predisposizione del paziente agli accessi, purchè non vi sia scompenso cardiaco. Nel caso che coesistano lesioni miocardiche, si potranno fare contemporaneamente delle caute somministrazioni di digitale. Bisogna però tener presente che, secondo varî AA., i cardiotonici e specialmente la digitale sono controindicati, anche perchè possono scatenare nuovi accessi. Meno pericolosa e consigliabile è invece la digitale dopo lunghi intervalli senza accessi, in pazienti che non hanno sintomi nè clinici nè elettrocardiografici di infarto delle coronarie e nemmeno segni evidenti di pericardite epistenocardica; in tali casi, la digitale si somministra a dosi leggere ed a lungo, combinata con le iniezioni di glucosio ed i derivati purinici.

La strofantina, che è tanto utile nello scompenso, non trova indicazioni nell'angina pectoris. Comunque, Edens la consiglia nei vecchi, con sclerosi delle coronarie quando si presenta il collasso acuto in conseguenza di un accesso di angina pectoris; la si inietta alla dose massima di mg. 0,4, meglio se con le iniezioni di glucosio e di calcio. In contingenze meno minacciose, si useranno i preparati di adonis o di crataegus.

Anche le iniezioni contemporanee di insulina e glucosio, che sono spesso utili nelle cardiopatie, sono sconsigliate nell'angina pectoris, per l'azione dannosa dell'insulina sul cuore ed il suo effetto di provocare spasmi delle coronarie.

Sembrava, in base a vedute teoriche che l'atropina per la sua azione vagoparalitica potesse essere utile; invece l'effetto dilatatore delle coronarie è accompagnato dall'aumento di frequenza del polso, il che aumentando il lavoro del cuore esige anche un maggior consumo dell'ossigeno.

Sono piuttosto consigliabili gli antispasmodici come la papaverina (g. 0,08 endovena) ed analoghi, fra cui l'octin (g. 0,1 endovena, oppure g. 0,15 in pastiglie 3 volte al giorno). Quest'ultimo medicamento sarebbe anche utile a dosi di 10 cg., 2 volte al giorno, continuando a lungo. In pazienti vasoneurotici, però, può determinare vampe di calore, cefalea, palpitazioni e vertigini. L'A. cita una

filza di altre specialità analoghe (ormai, la terapia medicamentosa tedesca consiste nella maggior parte di specialità e riesce malagevole il riportare dei lavori tedeschi di terapia senza incappare in una *réclame* gratuita ed involontaria).

Anche l'uso dell'acido adenosinfosforico ha arricchito la nostra terapia. Con 1-3 iniezioni al giorno di 10-20 mg., si ottiene un evidente miglioramento nell'irrorazione sanguigna del cuore. Analogo effetto hanno le iniezioni di aminoacidi, che agiscono specialmente calmando il dolore ed i disturbi precordiali, il che si ottiene anche con le iniezioni di soluzione ipertonica di cloruro di magnesio Bandmann consiglia 10-12 iniezioni, a 2-5 giorni d'intervallo, di 5-10 cmc. di una soluzione al 10 %; Pines e Kieff usano iniezioni due volte la settimana di 5-10 cmc. di una soluzione al 20 % di solfato di magnesio. Secondo Stieglitz e Bruen, il nitrato di bismuto a dosi crescenti di g. 0,3 a 2 agisce non soltanto come calmante del dolore, ma abbassando la suscettibilità agli accessi.

Nei casi in cui la terapia medicamentosa si mostra inefficace, e purtroppo non sono pochi, si potranno prendere in considerazione gli interventi chirurgici, che tentano di ovviare alla causa che determina i disturbi nutritivi del cuore. Si tenta così di opporsi per via riflessa allo spasmo delle coronarie mediante la simpatectomia unilaterale od anche l'estirpazione del ganglio stellato; sono state descritte delle guarigioni durature così ottenute. Hesse, mediante l'esclusione parziale del simpatico superiore, potè troncare i dolori; in malati in cui la localizzazione del dolore era bilaterale, ottenne buoni risultati con la simpatectomia bilaterale. Danielopolu riferisce sulle sue esperienze di sezione del nervo depressore del ganglio stellato.

Ma non mancano voci discordi, che mettono in guardia sui pericoli di tali interventi, che sono stati seguiti anche da morte.

Recentemente, alcuni AA. americani hanno tentato la terapia dell'angina pectoris con l'estirpazione totale della tiroide. Il successo di tale intervento sarebbe dovuto forse ad un cambiamento di azione dell'adrenalina la quale, come è noto, nel mixedema ha un effetto meno vasocostrittivo che in altre condizioni. Scherff e Hausner, mediante l'anestesia paravertebrale, hanno ottenuto la totale cessazione dei dolori in 7 su 9 casi. Nuechner, però, mette in guardia contro tali pratiche anestesiche, poichè il dolore costituisce un segno di allarme che la natura ci dà per indicare che l'anossiemia del cuore non deve in nessun modo venire aumentata da un ulteriore lavoro fisico.

Alle condizioni patologiche connesse con l'asfissia cardiaca, appartiene anche la stenocardia dell'anemia grave, in cui sono state osservate nel 50 % dei casi di autopsia delle necrosi recenti miocardiche. Analoghi processi ischemici e disturbi nutritivi si sono osservati anche come conseguenza di ipoglicemia insulinica, nel morbo di Basedow e negli effetti di forti correnti elettriche. Evidentemente, in tutti questi casi, è essenziale trattare anzitutto la causa prima.

La esatta conoscenza delle varie condizioni che si accompagnano all'angina pectoris è assai utile per la prognosi in quanto che secondo una recente statistica di Kroetz il numero dei morti fra gli anginosi con insufficienza della coronarie è tre volte tanto quello degli anginosi con insufficienza cardiaca.

fil.

DIVAGAZIONI

L'età critica dell'uomo.

A differenza di quanto avviene nella donna, nell'uomo non si ha una vera crisi dell'attività sessuale. Non si può quindi parlare di età critica, di climaterio e tanto meno di menopausa virile. I fatti che si verificano nel sesso maschile quando dalla maturità si scivola verso la senescenza, non hanno nulla d'improvviso e di tumultuoso. Si tratta sempre di accidenti in rapporto al decadimento dell'organismo senescente e che non hanno nulla di simile con il climaterio femminile.

L'estinzione della funzione testicolare avviene semplicemente, in modo progressivo e continuo. Nella donna quel che è caratteristico è una modificazione più o meno netta della sessualità, la manifestazione di una tendenza viriloide non solo dal punto di vista morfologico, ma anche da quello psichico ed erotico. L'uomo rimane sempre un maschio, anche se l'indebolimento della sessualità ed insieme di tutto l'organismo ha ripercussioni sul suo temperamento.

Passando in rassegna le caratteristiche dell'involuzione virile G. Marañon osserva che il processo del declino virile è più tardivo nell'uomo che nella donna; la sua evoluzione, ed i suoi limiti sono meno precisi perchè mancano i mestrui; la sua semeiologia organica è più attenuata e le sue caratteristiche psicologiche sono differenti da quelle delle donne, come è differente l'essenza e l'espressione della vita sessuale nell'uomo e nella donna. Ciò che manca nell'uomo sono sopra tutto i fenomeni d'intersessualità così tipici ed importanti nella crisi femminile.

L'insufficienza testicolare si produce in modo più lento e più tardivo che l'insufficienza ovarica. Mentre nella donna l'ovaio cessa di funzionare del tutto nella spazio di qualche mese, nell'uomo l'estinzione genitale avviene meno nettamente e molto più tardi. In gene-

rale l'uomo sorpassa la cinquantina conservando una buona attitudine sessuale e non è raro che raggiunga la settantina con un'increzione testicolare apparentemente intatta. Anche in età avanzata, quando l'atto sessuale è divenuto impossibile, in individui novantenni e ultracentenari, Pawlow e Metschnikoff hanno potuto constatare la persistenza di spermatozoi attivi. A parte ciò, anche quando il tessuto germinale non esiste più, il tessuto interstiziale si conserva. Anzi in alcuni individui quest'ultimo s'ipertrofizza con l'atrofia del primo, proprio come nell'operazione di Steinach. È per questo che in alcuni vecchi il desiderio amoroso si conserva vivace. Metschnikoff ricorda che in alcuni gerontocomi le preoccupazioni dei ricoverati hanno spesso per tema quistioni d'amore. Tuttavia bisogna riconoscere che in queste manifestazioni libidinose tardive è preponderante l'elemento psichico.

La reazione tiroidea, così importante nella menopausa, è meno marcata nell'uomo. Tuttavia in questo possono verificarsi fenomeni di ipertiroidismo climaterico, di cui la manifestazione più importante è il dimagrimento.

La reazione surrenale è anch'essa importante nella menopausa femminile, e può aversi anche nell'uomo. Ne sono espressione l'aspetto corpulento e l'accentuazione dell'ipertricosi. A partire da 40 anni la barba ed i baffi diventano più duri, mentre la pilosità del corpo diventa più spessa, più lunga, più dura, e compaiono peli alle narici ed alle orecchie. Si ha insomma un'accentuazione dei caratteri virili, mentre nella donna si ha una trasformazione della morfologia in senso virile. L'ipertensione arteriosa è più frequente nell'uomo che nella donna, ma è probabile che al riguardo entrino in giuoco altri fattori (tossici, emotivi, infettivi, ecc.).

La reazione ipofisaria probabilmente interviene anche nell'uomo, provocando adiposità ed ingrossamento del volto e delle estremità.

A parte queste condizioni intrinseche all'organismo che rendono più marcato ed appariscente il transito della sessualità nella donna, ve ne sono altre estrinseche che attenuano o fanno passare nell'ombra il declino dell'attività erotica nell'uomo. Questo in dipendenza delle sue caratteristiche sessuali si trova oltre l'età matura in piena attività sociale, che costituisce come un compenso o un sostituto della sua funzione amorosa. È per questo che il declino sessuale fisiologico ha ripercussioni discrete nell'uomo normale. Nella donna invece la perdita dell'attitudine sessuale implica un cambiamento radicale della vita psichica, affettiva e sociale.

La fenomenologia dell'età critica dell'uomo o meglio del declino sessuale maschile corrisponde a quella dell'invecchiamento.

Per quel che riguarda i sintomi genitali si ha diminuzione progressiva fino all'annullamento completo della capacità erettile dell'apparato genitale esterno, accompagnata da flaccidità e lenta atrofia del pene e dei testicoli. Lo scroto diventa più bruno e i peli del pube diventano più fragili. Spesso questi fatti si verificano parallelamente ad una diminuzione del desiderio sessuale e quindi senza discordanze psichiche. Talvolta però l'incapacità al coito coincide con la persistenza del desiderio erotico provocando disappunti o rassegnazione dolorosa, o anche inducendo aberrazioni sessuali più o meno complesse. Uno stato di semierezione può durare parecchi anni e consentire rapporti sessuali normali e misurati. Alcune affezioni dell'apparato urinario particolari dell'età (prostatismo, ecc.) può dare uno stato di eretismo locale favorevole all'erezione ed anche al priapismo senza vera libidine. Non è improbabile che l'ipertrofia prostatica provochi la reviviscenza di un carattere femminoide coincidente con la depressione sessuale, psichica e sociale di gran numero di prostatici, la quale scompare con la estirpazione della prostata.

Dal punto di vista circolatorio si ha lo stato d'ipertensione favorito più che nella donna, come si è detto, da fattori esogeni inerenti alle abitudini ed alle necessità dell'uomo, fatti tutti che rendono anche più frequenti nel sesso maschile l'arteriosclerosi. I disturbi vasomotori così tipici nella donna, mancano nell'uomo.

La colesterina nel sangue raggiunge cifre elevate e non è raro constatare segni clinici derivanti da depositi locali di detta sostanza, come lo xantelasma e l'arco senile della cornea. L'occhio dell'uomo rappresenta l'indice più esatto della sua età.

Nel periodo climaterico l'uomo ingrassa. Questo ingrassamento interessa tutta la persona, ma è più accentuato all'addome che diventa prominente e talvolta pendulo. Ciò non toglie che talvolta si può invece avere un dimagrimento in relazione come si è detto a ipertiroidismo.

A misura che il desiderio sessuale si indebolisce e l'aggressività erotica si attenua, il carattere dell'uomo si cambia. Avvicinandosi alla vecchiaia l'uomo diventa più emotivo. Si dovrebbe presumere che la lotta per la vita lo immunizzi in qualche modo contro le emozioni, ma non è così. Sul declino della vita gli uomini si commuovono per motivi che prima li lasciavano indifferenti. I grandi lottatori poco sentimentali nel periodo ascendente della loro vita, diventano migliori, più comprensivi, più indulgenti. La maturità è l'epoca di conversione dei grandi peccatori.

Ciò posto vien fatto di domandarsi se ai fini superiori etici e sociali, che sono particolari ed esclusivi dell'umanità, il periodo della vita caratterizzato dal declino dell'attività sociale sia meno proficuo di altri periodi della vita.

Marañon osserva che le opinioni comuni sulla eccellenza della giovinezza sono in parte superficiali e sono in via di revisione. Il giovane è senza dubbio più svelto, più agile, non ha rughe, nè capelli bianchi, non è soggetto ad alcune malattie e ad acciacchi fisici, non sente ancora il peso delle responsabilità che gravano sull'attività dell'uomo maturo. Ma tutto ciò non implica una superiorità sugli individui più anziani. La funzione sessuale non raggiunge la sua stabilità che a trenta o trentacinque anni. La efficienza del lavoro e la resistenza alle fatiche raggiungono il massimo verso la cinquantina. La vita affettiva raggiunge il suo apogeo molto tardi ed il rendimento intellettuale è quantitativamente e qualitativamente superiore quando si è lasciata la giovinezza.

L'elogio della giovinezza da che il mondo esiste è fatto dai vecchi. Ma questo elogio non è fatto in base ad un apprezzamento spassionato dei vantaggi e degli inconvenienti di ciascuna età, ma in rapporto ad un fenomeno che, inconsciamente o consciamente, si proietta sul pensiero umano quando si è goduta la vita: la Morte. Non è il vigore, l'allegrezza, la spensieratezza della giovinezza, che ci fanno sembrare invidiabile questa età, ma la consapevolezza che è l'epoca della vita che si sente più lontana dalla morte. Non è dubbio che se la vita si svolgesse in senso inverso, se l'uomo maturo andasse ringiovanendo con il tempo e terminasse nel germe cellulare, la giovinezza e l'infanzia sarebbero l'oggetto delle stesse lamentele che oggi si esprimono in riguardo alla maturità ed alla vecchiaia.

Ma quando si giudica del valore di ciascuna tappa della vita senza questa proiezione incosciente sulla vita stessa, non è certo il periodo giovanile che si stima di più. Nelle imprese più nobilmente umane, nella direzione della politica, delle industrie, della finanza si ha più confidenza nell'uomo maturo che nel giovane. Quando si è malati, quando si ha bisogno di un consiglio si ricorre più volentieri all'uomo maturo, non solo perchè questo è più sperimentato, ma perchè ha la visione più larga delle cose umane, perchè è più facile alla comprensione e meno pervaso da istinti egocentrici. E quando i giovani meritano una tale considerazione, si è che un equilibrio prematuro ha fatto loro acquistare anzi tempo le qualità proprie della maturità, in altri termini egli ha già cessato d'essere giovane.

Lo stesso criterio può influenzare la scelta dell'uomo da parte della donna. Non è dubbio che nel fenomeno in quistione interferiscano talvolta cause materiali estrinseche: l'uomo maturo di solito si è già fatta una posizione economica e sociale. Ma non è men vero che l'uomo il quale ha raggiunto ed anche alquanto oltrepassato l'equilibrio sessuale, il che importa il completo sviluppo fisico e psichico, ha per la donna, essere più debole, attrattive maggiori di quel che possa fornire un giovane.

Mentre, adunque, per la donna la fase della vita nella quale si manifesta il climaterio costituisce il punto critico nel quale essa cessa di avere le funzioni per le quali è formata e senza che ad esse si sostituiscono funzioni della medesima importanza; per l'uomo invece la stessa fase costituisce il principio di una lenta involuzione durante la quale gli attributi proprî della razza umana sono esaltati, senza che per altro si abbia una definitiva cessazione dell'attività erotica. *argo.*

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

A. Manieri. *L'arma chimica nei rapporti con la medicina e l'organizzazione sanitaria militare.* Edizione Gualandi Sordomuti. Firenze, 1935. In vendita presso P. Navarrini, via Faentina 66, Firenze, L. 16.

In questi ultimi tempi sono comparse, nella stampa medica italiana e in quella delle altre nazioni, numerose pubblicazioni riguardanti gli aggressivi chimici di guerra, le loro proprietà fisio patologiche, i loro effetti sull'organismo umano, il loro impiego e il modo di proteggersi contro di essi e di curare le manifestazioni morbose, quando si sono verificate.

Pubblicazioni talvolta di grossa mole, come quella recentissima di C. Hèdere e M. Istin pubblicata a cura della Casa J. B. Baillière e F. di Parigi, e qualche altra, non meno progevole, opera italiana, ma non molto pratiche per il medico generico, il quale sente il bisogno di aggiornare le proprie cognizioni in materia, a mezzo di testi che, alla chiarezza e semplicità della esposizione, uniscano la sobrietà delle proporzioni.

A questi criteri risponde pienamente l'ottimo manuale del Primo Capitano Medico dottor A. Manieri, insegnante di Fisiopatologia e terapia dei gassati presso la Scuola di Appl. di Sanità Militare.

La materia vi è divisa in due parti. Nella prima, dopo brevi dati statistici sulle perdite e sui danni apportati dagli aggressivi chimici, e dopo brevi cenni sui mezzi di impiego e sulle condizioni metereologiche e topografiche permittenti od ostacolanti questo, vengono riassunti ricordi di fisiologia dell'apparato respiratorio e di tossicologia generale. Segue la classificazione degli aggressivi chimici di guerra, quindi la materia è trattata in base al criterio di classificazione fisiopatologico, per cui gli aggressivi chimici sono distinti in quattro gruppi: 1 aggressivi a prevalente azione asfissiante; 2 aggressivi a prevalente azione vescicatoria; 3 aggressivi a prevalente azione irritante; 4 aggressivi a prevalente azione tossica generale.

Per ogni gruppo è detto, con ordine e chia-

rezza, del meccanismo di azione, dell'anatomia patologica, della sintomatologia, del decorso e complicanze, dei postumi, della diagnosi e prognosi e del pronto soccorso e terapia.

Nella seconda parte è riassunto, in mirabile sintesi, tutta la protezione antigas individuale e collettiva e la organizzazione del servizio sanitario militare in guerra chimica.

Lavoro pregevole dunque sotto molti punti di vista, che solo una persona come il dott. Manieri, che da molti anni ha dedicato tutte le sue migliori energie e la sua operosa attività al probiema, sì da formarsi una fondata esperienza sull'argomento, poteva e sapeva darci. E per questo ho creduto utile segnalare agli abbonati e lettori di questo Rivista la pubblicazione del Manieri, ritenendola, pur nella sua sobrietà, l'opera più completa per quanto riguarda la parte sanitaria dell'Arma chimica e quindi utile e pratica per ogni medico italiano, il quale troverà in essa già compiuto tutto il lavoro per giungere ad una visione sintetica del problema degli aggressivi chimici. P. Salsano.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

L. Ferrio. *Compendio di patologia medica e terapia.* U.T.E.T., 1935, Pag. 562 con molte figure.

Libro di modeste pretese, manuale che, a similianza dei «vademecum», « aide mémoire», « précis », ecc., si propone di schematizzare agli studenti ed ai medici pratici alle prese con le prime difficoltà della professione, le nozioni sui morbi più accertate, le teorie fisiopatogenetiche divenute classiche, le nozioni fondamentali di terapia. Dal « compendio » a bella posta l'A., ha escluso le teorie controverse, gli argomenti di pura attualità, pressochè escluse le citazioni di autori, nel mentre piuttosto ampio spazio è stato dato alla terapia con frequenti notazioni esplicative a piè di pagina sulla natura e sull'azione dei principali medicamenti. Manuale, dicevo, senza eccessive pretese che ben si presta per la rapida preparazione ad esami, a concorsi, Irreprensibile presentazione tipografica, onde facilitata ne è anche la lettura, e ben 100, in questo volume, le figure. Monteleone.

Die ansteckenden Krankheiten. Un vol. in-8°, di 641 pagg., con 25 fig, C. Thieme, Leipzig, 1935. Prezzo RM. 35.

In unione con una ventina di collaboratori, il prof. M. Gundel dell'Ospedale R. Koch di Berlino ci offre qui un eccellente trattato sulle malattie contagiose.

Precedono due capitoli sulle disposizioni di legge tedesche per la lotta e profilassi delle malattie infettive e sui concetti fondamentali riguardanti la patogenesi e l'immunità.

Sono in seguito trattate le singole malattie infettive date da batteri, da protozoi, da virus, da funghi superiori, da vermi e ad eziologia ignota. Ne vengono chiaramente esposte l'eziologia, l'epidemiologia, la sintomatologia generale, la diagnosi e la terapia specifica.

Da ultimo, alcuni capitoli sui sieri e vaccini, sulla malattia da siero, sulla tecnica di prelevamento del materiale e sul valore del reperto microbiologico, nonchè sulla disinfezione.

Al medico pratico ed all'igienista riusciranno assai utili lo studio e la consultazione di questo trattato. *fil.*

L'examen du malade. Guide clinique de l'étudiant e du médecin. Un vol. in-16°, di 318 pagg. Masson et C.ie, Paris, 1935. Prezzo 30 fr.

Il buon esame del malato, a cominciare da un giudizioso interrogatorio, è la base sicura su cui poggia l'edificio della diagnosi e della terapia. Il principiante spesso erra a casaccio, perde molto tempo e conclude poco per la mancanza di un metodo adatto; ma anche chi ha una certa pratica riconoscerà indubbiamente l'utilità di certi consigli e può modificare in meglio, secondo essi, il suo modo di agire.

Per tali ragioni, questo libro (dovuto alla collaborazione di P. Delmas, G. Girauld, E. Jeanbrau, E. Leenhardt, J. Margarot, V. Riche, L. Rimbaud, J. Terracol e H. Villard) può riuscire utile sia allo studente che al medico pratico, anche perchè non tratta soltanto la medicina e la chirurgia generale, ma l'ostetricia e la varie specialità (pediatria, oculistica, dermatologia, otorino, urologia), per quel tanto che possano rientrare nel dominio del medico generico. *fil.*

M. Loeper. *Thérapeutique médicale. VIII Système nerveux.* Un vol. in-8°, di 380 pagg. con fig. Masson et C.ie, Paris, 1935. Prezzo 50 fr.

Continua con questo volume il noto trattato di terapia medica diretto dal Loeper, con la collaborazione di varî specialisti delle singole branche.

In questo, il Loeper ha scritto un vasto capitolo di 120 pagine sulle medicazioni generali del sistema nervoso, in cui considera i sedativi, l'anestesia generale, gli ipnotici, i metodi generali contro il dolore, i tonici.

Seguono le medicazioni speciali, dovute ad AA. diversi. Citiamo: Le indicazioni terapeutiche dell'ictus (Alajouanine); Il trattamento delle malattie a virus neurotropi (Garcin); Il trattamento specifico della sifilide nervosa (Decourt); Il trattamento dell'ipertensione en-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

docranica (Lemaire); Il trattamento della meningite cerebro-spinale (Marquézy); Il trattamento dei tumori cerebrali (De Martel ad Haguenau); Il trattamento delle emicranie (Vallery-Radot), ecc. Tutte monografie inspirate ad una grande praticità. *fil.*

L'Année médicale pratique. Anno XIV. Pubblicato sotto la direzione di C. Lian. Un vol. in-16°, di 720 pagg., con 29 fig. R. Lépine, Paris (VIII) 39, Rue d'Amsterdam, 1935. Prezzo 26 frs.

L'enorme sviluppo della letteratura medica rende impossibile al medico pratico di seguirne i progressi nella sua totalità, per la mancanza di tempo e per il costo delle varie riviste, per la lettura delle quali è anche necessario conoscere bene varie lingue.

Utili si presentano le pubblicazioni che, come questa fondata e diretta dal prof. Lian dell'Ospedale Tenon, danno un riassunto in brevi articoli sintetici di quanto si è pubblicato in medicina, chirurgia, ostetricia, medicina legale e specialità. Evidentemente, la maggior parte dei lavori considerati è di origine francese, ma non è trascurata anche la letteratura medica di altre nazioni.

Seguono gli elenchi delle nuove specialità e dei libri pubblicati in Francia nell'anno scorso.

Questo utile libro di consultazione, dovuto ad uno scelto corpo di redattori, si pubblica ormai da 14 anni ed il suo successo va sempre aumentando, rispondendo esso ai reali bisogni del medico. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Riunione straordinaria internazionale dell'Accademia Medica Lombarda sulle Onde corte.

Nell'aula dell'Istituto di Patologia Speciale Medica, si è tenuta nei giorni 24-25 aprile, l'annunciata Riunione indetta dall'Accademia Medica Lombarda e dal Sindacato Medico di Milano sul problema delle « Onde corte in Medicina » ed organizzata a cura dei dottori prof. Vinaj, Bergami e Cirla.

Gli intervenuti, assai numerosi, pervennero da parecchie regioni d'Italia e dall'estero. Ha presenziato alle riunioni, partecipando attivamente alle discussioni anche l'on. prof. E. Morelli, segretario del Sindacato Medico Nazionale.

La prima relazione è stata tenuta dall'ing. LEROY di Parigi sul tema: *Fisica delle Onde corte; determinazione del potere energia.*

Problema importante — ha detto l'ing. LEROY — è quello di conoscere quale proporzione dell'energia globale fornita all'organismo dalle onde corte, viene ceduta ad un organo o tessuto. Mentre, secondo vecchie determinazioni, il riscaldamento dei globuli del sangue, ad esempio, sarebbe cinque volte maggiore di quello del siero, determinazioni recenti lo giudicano tre volte minore.

Esistono, secondo l'O., delle disposizioni di elettrodi « Optima » per portare le azioni delle Onde Corte su questo o su quell'altro organo, dipendenti da un lato dalla configurazione anatomica, dall'altro dal valore della conducibilità apparente, per la lunghezza d'onda usata, dall'organo da trattare e dagli organi vicini. Gli apparecchi moderni permettono una conoscenza perfetta dell'energia globalmente fornita all'organismo; le determinazioni sufficienti per permettere un giudizio sull'introduzione di questa energia, sono però ancora insufficienti per le applicazioni cliniche; è quindi necessaria, per giungere allo scopo, una collaborazione più intima tra l'Ingegnere Costruttore e il Medico.

È seguita la relazione del prof. PUGNO VANNONI, di Padova, sugli *Apparecchi terapeutici a Onde Corte a valvola e a spinterometro.*

L'O. ha riassunto brevemente le nozioni tecniche più importanti relative al funzionamento degli apparecchi generatori di oscillazioni ad altissima frequenza usati in medicina e in biologia, intrattenendosi sulle differenze esistenti tra gli apparecchi a valvola e quelli a spinterometro.

Ha quindi concluso che le differenze sostanziali che esistono tra i vari tipi di apparecchi risiedono essenzialmente nella maggiore o minore possibilità d'inviare nel circuito utilizzatore l'energia generata dall'oscillatore ad una determinata frequenza.

Questa probabilità è massima negli apparecchi ad oscillazioni persistenti, meno buona in quelli ad oscillazioni modulate, minori in quelle a treni di oscillazioni.

Il prof. GINO BERGAMI di Milano ha riferito su *L'Azione biologica delle Onde Corte*, mettendo in evidenza come, a differenza di quello che avviene con la comune diatermia, il riscaldamento ad onde corte si sviluppa nell'interno dei tessuti e sia più o meno intenso a seconda delle caratteristiche elettriche di essi, la maggior parte dei fenomeni osservati per effetto dell'irradiazione, possono appunto essere spiegati come un effetto secondario del riscaldamento elettrico di uno o più fasi del sistema polifasico, su cui le onde corte hanno agito. Ciò affermando l'O. non negò tuttavia la possibilità che le onde corte agiscano su materiali biologici anche con meccanismo diverso dall'azione termica; alcuni dati sperimentali sono assai favorevoli ad un'azione specifica che probabilmente si esercita attraverso modificazioni di equilibri di superficie.

L'O. giunge alla conclusione che le onde corte esercitano sui sistemi biologici azioni complesse spiegabili nella gran maggioranza dei casi con l'effetto termico selettivo. Rileva inoltre l'impossibilità di confrontare tra loro dati sperimentali con oscillazioni di potenze molto diverse, e mette quindi in evidenza la necessità di svolgere un piano organico di ricerche su sistemi polifasici artificiali e su materiali biologici con frequenze diverse ma con potenze assorbite uguali.

Parla in seguito il prof. SCHLIEPHAKE, di Jena, su *Gli effetti selettivi delle Onde Corte.* L'O. afferma che quanto maggiore è l'effetto capacità, e di conseguenza la più elevata frequenza, tanto più cresce l'effetto profondo e più appaiono grandi le azioni selettive su ogni parte per il fatto che ciascuna parte è influenzata singolarmente. Poichè l'azione delle onde corte produce riscaldamento,

questo può essere specifico in seguito alla differente ripartizione del calore.

Ne è una prova il comportamento degli eritrociti; infatti la conducibilità del sangue è assai maggiore con le onde corte che con le onde lunghe; e ciò dipende dal fatto che la sostanza dei globuli è assai più conduttrice degli altri elementi del sangue, ma non prende parte alla conducibilità che con le onde corte per via dell'isolamento causato con le onde ordinarie dal suo involucro lipoide.

Il prof. SCHLIEPHAKE si intrattiene poi sugli effetti selettivi ottenuti con l'irradiazione del cervello in conigli; in questi con lunghezza d'onda e dosi differenti, l'O. ha potuto ottenere azioni nettamente differenziate eccitanti o frenanti date funzioni dei centri termoregolatori.

Così pure effetti selettivi ha ottenuto in casi di suppurazioni superficiali in cui si dimostrerebbe un'azione più efficace delle onde di 12-15 metri in confronto di quella delle onde di lunghezza minore. Così pure l'effetto selettivo è apparso chiaramente dal caso riferito dall'O. di un glioma del cervelletto in un uomo di 19 anni, in cui l'irradiazione con onde di 15 metri dava miglioramenti soggettivamente provvisori, quella con onda di 6 metri dava forti reazioni, accompagnate dalla progressiva diminuzione della paralisi e dagli altri disturbi.

È seguita la relazione dei proff. AUCLAIR e HALPHEN di Parigi su *Le onde corte in piretoterapia.* Le onde corte, secondo gli autori, rappresentano il mezzo sicuro, celere e pratico per ottenere la febbre artificiale. Lo studio di soggetti non malati e sottoposti a cura con onde corte ha infatti dimostrato che la febbre così ottenuta produce nell'organismo la maggior parte delle modificazioni constatate nel caso di una febbre spontanea.

Riguardo all'azione dell'elettropiressia gli autori stabiliscono che essa è una medicazione iperemizzante a livello di tutti gli organi, che essa riproduce senza disturbi i mezzi di difesa normale della febbre spontanea, e che esplica su certi germi a termoresistenza debole, un'azione direttamente microbicida utilizzabile in particolare nella cura della blenorragia e delle sue complicazioni. La azione iperemizzante dell'elettropiressia è un potente mezzo d'azione nella nutrizione cellulare, e potrà quindi essere usata nella cura delle malattie della nutrizione (gotta, reumatismi, ecc.).

Il prof. CIGNOLINI di Genova si intrattiene poi su « L'azione delle onde corte sul sistema nervoso vegetativo ». Si ammette in genere che l'azione delle onde corte sul sistema nervoso vegetativo sia depressiva sul simpatico ed eccitante sul vago, come risulta da operazioni fatte sui capillari e sul cuore di rana.

Secondo CIGNOLINI invece le onde corte agiscono come il freddo, il caldo ed altri stimoli in relazione alla loro intensità. Pure in base a osservazioni sperimentali e cliniche CIGNOLINI conclude che l'azione delle onde corte sul sistema nervoso vegetativo non è differenziata in una elettiva proprietà deprimente od eccitante su l'una o l'altra sezione del sistema. Essa è però selettiva per l'intero sistema nervoso in genere a questo stimolo, sia per la proprietà del sistema nervoso vegetativo di rispondere più di qualunque altro tessuto agli stimoli di qualunque natura. L'azione inoltre sembra consistere in un apporto di calore alla cellula nervosa con effetti sul suo metabolismo, favorendo l'anabolismo, ed è sottoposta alle leggi generali che governano la risposta del S. N. V.; a stimoli quantitativamente diversi.

Il prof. LIEBESNY di Vienna tiene una relazione su *Le basi ed i risultati della irradiazione atermica delle onde corte.* L'O. afferma che nel trattamento di malattie infiammatorie di natura batterica e nelle malattie dei vasi sanguigni, il principale campo di indicazione della terapia con onde ultra corte, è veramente efficace un trattamento quanto più possibile atermico, mentre le altre dosi con eccessivo effetto calorico, non solo compromettono il successo terapeutico, ma possono persino provocare gravi danni.

Da ultimo il prof. GUIDO IZAR, Clinico Medico di Messina, che egregiamente diresse i lavori della Riunione, riassumendo quanto è stato detto nelle due giornate di relazioni e di discussioni, s'intrattiene su *Le Onde Corte in Medicina Interna.* Si può affermare che i risultati principali ottenuti nel campo terapeutico dai diversi ricercatori, riguardano affezioni nel dominio della patologia vasale, come l'acrocianosi, l'angina pectoris, le cancrene angiospastiche, ecc.; affezioni dell'apparato digerente, come le aderenze peritoneali molli, la stitichezza, dove all'azione iperemizzante sembra associarsi un'azione specifica sui processi fermentativi, le colecistiti non calcolotiche, fra le affezioni cutanee si sono ottenuti buoni risultati terapeutici nella sclerodermia, negli eczemi; fra le affezioni respiratorie nell'asma bronchiale, nelle pleuriti e polmoniti, nell'ascesso del polmone.

Controversi e negativi per l'O. sono invece i risultati ottenuti nelle malattie del ricambio, mentre soddisfacenti sono quelli ottenuti nelle affezioni parassitarie (gonorrea, foruncolosi, piorrea alveolare, tonsilliti, riniti, sinusiti, osteomieliti, tubercolosi cutanea, ecc.).

Ad ogni relazione è seguìta una esauriente discussione da parte di medici e di tecnici. Notevoli quelle dell'on. prof. MORELLI, di SAIDMANN, di CASTALDI, di MARAGLIANO, di PALMIERI, di CAZZAMALI, di FIANDACA, di COLARIZI e degli ingegneri DASSO, POITTVIN, PÄTZOLD.

Furono poi presentate alcune comunicazioni sull'argomento dal prof. DELHERM di Parigi, da CALCHI NOVATI e da CAYREL di Milano.

Il prof. MARAGLIANO, in omaggio allo scopritore e valorizzatore delle Onde Corte, Guglielmo Marconi, propone che lo studio e la terapia delle Onde Corte sia, in Italia almeno, denominata Marconibiologia e Marconiterapia. La proposta viene accolta all'unanimità dagli intervenuti italiani.

Prima di chiudere i lavori del Convegno, data la sua ottima riuscita scientifica, il dott. SAIDMANN propone di indire nei prossimi anni delle consimili riunioni, sia in Italia che all'Estero, per l'aggiornamento del problema. Suggerisce l'idea di costituire un segretariato permanente per le pratiche organizzative. La proposta, in linea di massima, viene accolta dagli intervenuti.

Il prof. BASLINI, presidente dell'Accademia Medica Lombarda, ringrazia gli eminenti relatori e il prof. IZAR che accettò di dirigere i lavori della Riunione e propone un plauso al prof. VINAJ, ideatore e organizzatore della riuscita riunione.

Gli Atti della Riunione saranno prossimamente ed integralmente pubblicati a cura dell'Accademia Medica Lombarda in un fascicolo speciale.

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Adunanza Scientifica del 5 aprile 1935.

Blocco del cuore transitorio nel corso di un reumatismo articolare acuto.

DAGNINI GUIDO. — L'O. illustra un caso di blocco transitorio e mostra numerosi elettrocardiogrammi raccolti durante tutto lo svolgimento dell'aritmia.

I tracciati raccolti nei primi giorni sono del tipo cosidetto di « blocco », ma quelli registrati in seguito sono costituiti quasi esclusivamente da una serie di ventricologrammi, a frequenza elevata, pari alla frequenza atriale dei primi tracciati. L'O. crede che quest'ultimo ritmo, in base alla presenza ed alla situazione di onde P. isolate, nello svolgimento della curva, ed in base alla frequenza dei ventricologrammi, debba essere interpretato come una serie ininterrotta di catture ventricolari.

Tale concetto si inquadra assai bene nella teoria recentemente proposta da Geraudel, col nome di dissociazione atrio-ventricolare per doppio comando.

Discussione: DE TONI, SCHIASSI, BRUNI, OLIVO.

Sulla röntgenterapia della linfogranulomatosi maligna.

GIORDANO G. e SALMERI S. — Gli OO. comunicano i risultati della Röngenterapia in 43 casi di linfogranulomatosi maligna, accertata con esame istologico, trattati nell'Istituto di Radiologia della R. Università di Bologna, dal 1926 alla fine del 1934. Annoverano 16 pazienti viventi e in buono stato, 3 viventi e in condizioni gravi, 15 morti e 9 dispersi.

Dei viventi e in buone condizioni uno attende alle proprie occupazioni da circa 8 anni dal primo trattamento Röntgenterapico, un altro da 7 anni (questi è attualmente in condizioni gravi), 3 da 4 anni, 3 da 3 anni, 1 da 2 anni, e 2 da 1 anno; altri 8 sono viventi ma la terapia radiante è stata iniziata da pochi mesi.

Gli OO. descrivono la tecnica impiegata e fanno rilevare come i successi della terapia radiante nella linfogranulomatosi maligna siano in aumento, per la progressiva esperienza nell'applicazione dei raggi Röntgen, effettuata non solo tenendo conto della tecnica e del dosaggio, ma anche del tipo di reazione biologica individuale del singolo caso.

La radioeccitazione dei seno carotideo nel trattamento della ipertensione arteriosa.

ZANETTI S. — L'O. partendo dalle esperienze di Carulla, Gilbert-Queralto, Moragues, Gonzales, ha usato la radioeccitazione del seno carotideo in 4 malati affetti da ipertensione arteriosa: 2 uomini con ipertensione essenziale e 2 donne con ipertensione consecutiva alla menopausa. I risultati ottenuti sono stati buoni, tanto sui valori della pressione quanto sulla sintomatologia morbosa, e confermano in tutto i risultati ottenuti dagli autori spagnoli.

L'irradiazione agisce sui centri simpatici del seno carotideo preposti, in via riflessa, alla regolazione della pressione arteriosa e anche alla funzione secretrice delle ghiandole surrenali.

Discussione. LASCHI, PALMIERI, SCHIASSI, MAINOLDI.

BRUNI A. C. — *Variazioni della midollare del timo durante l'accrescimento corporeo del feto.*

Adunanza scientifica del 22 aprile 1935.

Presidente: Prof. G. MORIANI.

Ulteriori ricerche sopra i sieri precipitanti l'emoglobina.

GIOVANARDI A. — L'O. ha studiato estesamente e con soddisfacenti risultati la specificità delle precipitine per l'emoglobina. Non ha ottenuto buoni sieri precipitanti mediante immunizzazioni con emetina.

Discussione: SCHIASSI F.

Il riconoscimento delle carni con i sieri precipitanti l'emoglobina.

GIOVANARDI A — L'O. ha applicato con successo i sieri precipitanti l'emoglobina nel riconoscimento delle carni fresche, congelate e insaccate.

La deviazione del complemento nella diagnosi del sangue ingerito dagli artropodi ematofagi.

GIOVANARDI A. — L'O. ha avuto buoni risultati dalla deviazione del complemento con i sieri antiemoglobinici, nella identificazione del sangue succhiato dagli artropodi ematofagi, anche quando il sangue stesso è in stato di avanzata digestione e non reagisce più con le precipitine.

Ulteriori osservazioni sui sieri precipitanti l'emoglobina nella identificazione delle macchie di sangue.

BALLOTTA F. — L'O. espone il risultato di alcune sue ricerche sulla specificità e sensibilità di sieri precipitanti l'emoglobina. Le indagini vennero eseguite su macchie costituite da mescolanze di sangue di varie specie animali.

La deviazione del complemento nel riconoscimento del sangue in macchie molto vecchie.

BALLOTTA F. — L'O. ha applicato con soddisfacente risultato la deviazione del complemento su estratti di macchie di sangue molto vecchie, per le quali la diagnosi di specie col mezzo delle precipitine era riuscita negativa.

Sui batteri anaerobi delle acque, del suolo, delle feci.

MONDOLFO U. — Sono stati esaminati gli anaerobi isolati dalle acque, dalle feci dell'uomo e degli animali domestici, dal terreno contaminato da queste e dal terreno dei campi in varie zone del Cesenate. È risultato che in quasi tutti i materiali esaminati si trovano le stesse specie batteriche, con frequenza non molto variabile da un caso all'altro.

Pur ammettendo che gli anaerobi delle acque a volta abbiano origine da un inquinamento verificatosi in epoca lontana, si ritiene che in tutti i casi il loro reperto sia indice di contaminazione fecale e debba quindi esser valutato con cura nel giudizio di potabilità.

Resta poi confermato ancora una volta che i materiali esaminati contengono dei germi dotati di potere patogeno (B. tetanico, vibrione settico, B. perfringens) e quindi rappresentano un pericolo per gli abitanti delle zone rurali, che hanno con essi frequenti contatti.

Il Segretario: P. MAINOLDI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

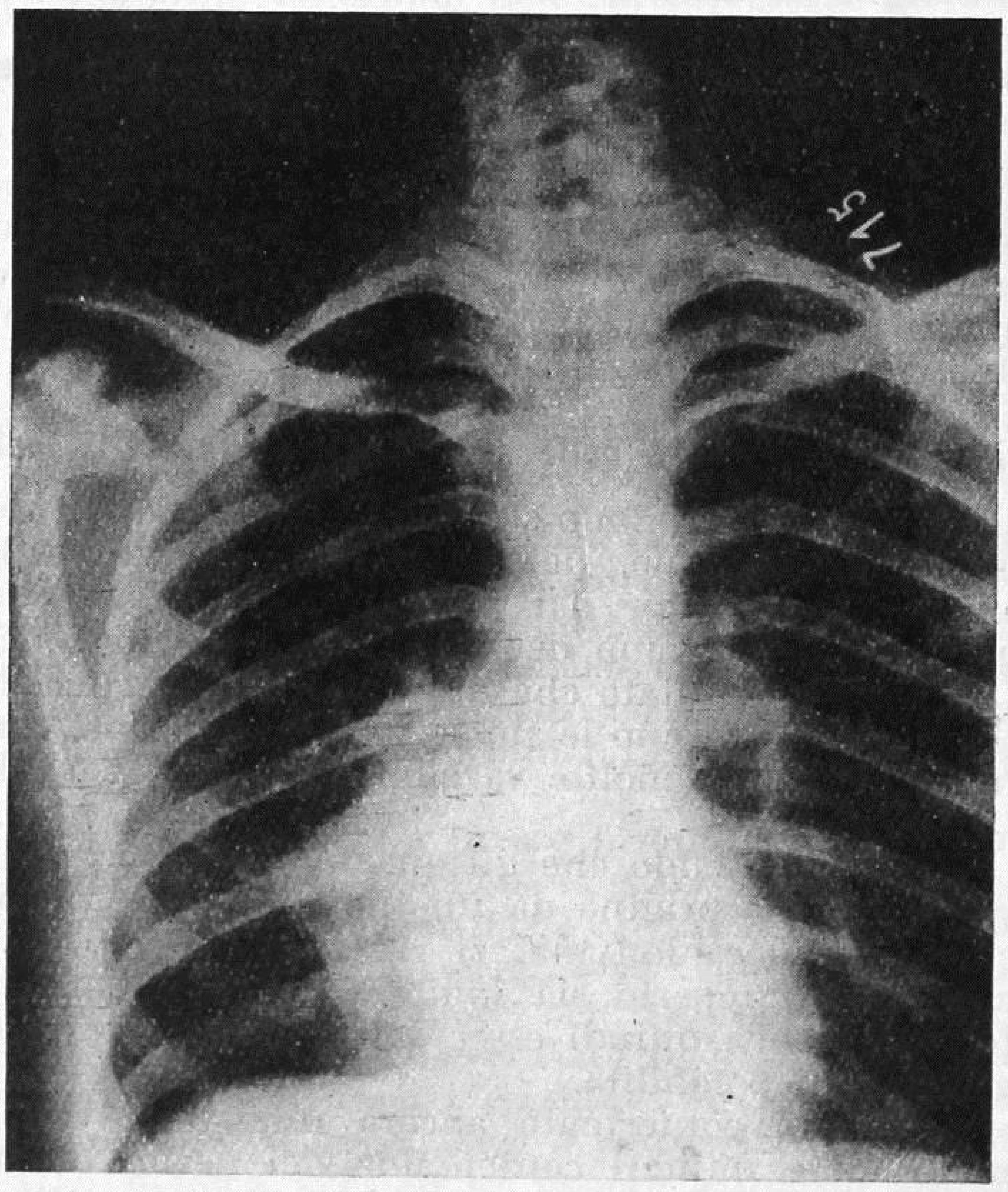
Ospedale Umberto I - Cuorgnè

Della diagnosi differenziale tra ascesso polmonare e focolaio caseoso tubercolare.

Dott. Giovanni Perardi, medico direttore.

L'interesse delle due storie cliniche che esporrò è venuto dalla non frequente affinità della sintomatologia presentata dai due ammalati sottoposti alla nostra osservazione ed anche dalla difficoltà di diagnosticare con precisione la natura dell'affezione polmonare. Si tratta infatti di due giovani che hanno iniziata la loro malattia respiratoria febbrile abbastanza acutamente, con diagnosi iniziale in entrambi di bronco-polmonite della base toracica destra e consecutivamente con reperto semeiotico locale di ascesso quasi identico ed anche quasi identico il reperto alla semplice radiografia. Solo l'osservazione prolungata ed i ripetuti esami di laboratorio fatti eseguire e le varie radiografie fatte senza e con lipiodolo, hanno facilitato il compito diagnostico che si è potuto così espletare con precisione in ambedue i pazienti.

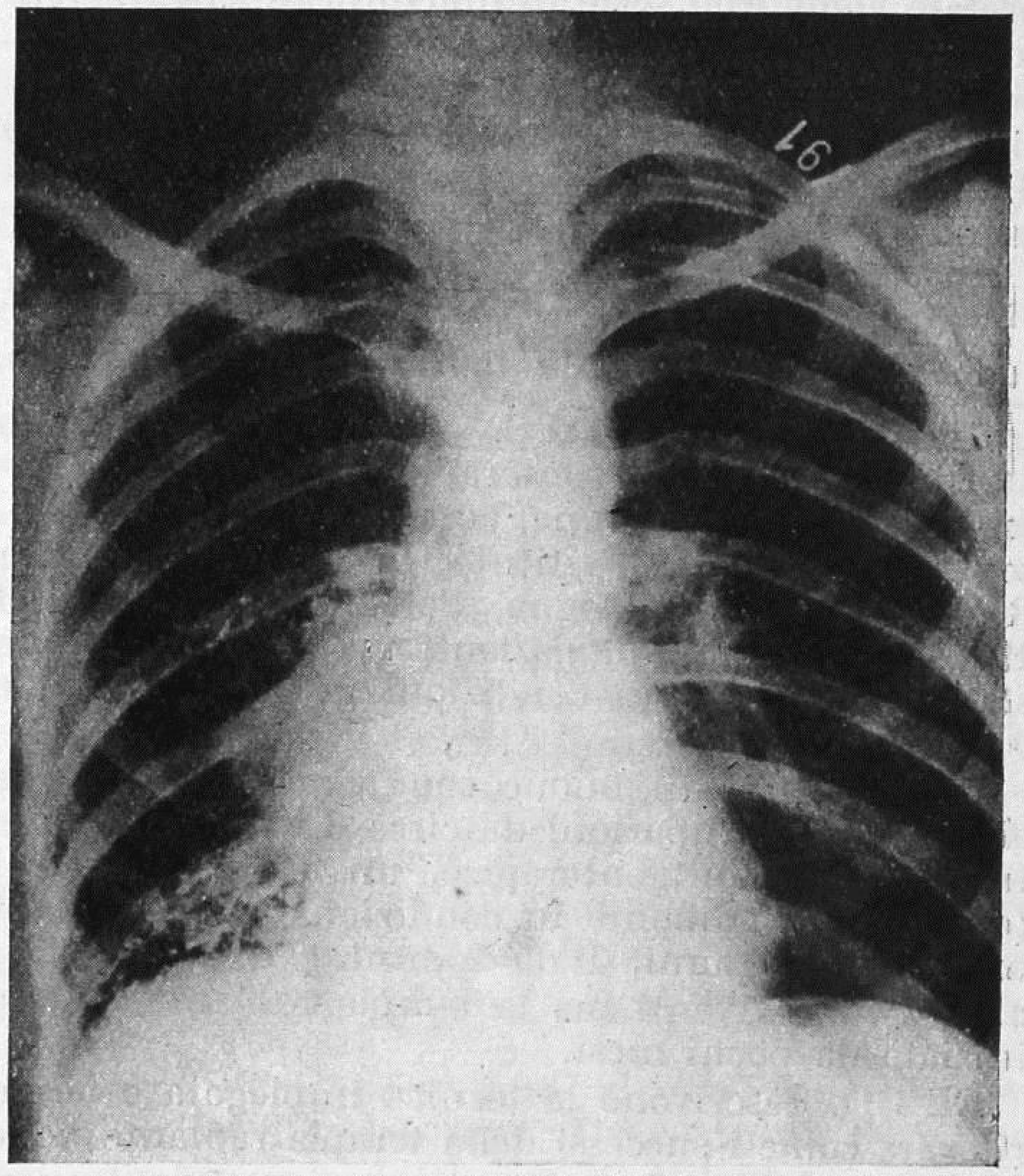
Ecco le storie cliniche:



Radiografia caso I.

Caso I. — P. L., di anni 20, meccanico. Nulla nel gentilizio; morbillo nell'infanzia; nel settembre 1933 scarlattina con decorso di circa un mese. Due mesi fa si ammalò di bronco-polmonite che non guarì perfettamente, e, quantunque avesse lasciato il letto, avvertiva ancora debolezza generale, qualche rialzo febbrile serotino. Da circa quindici giorni accusa tosse con espettorazione non abbondante, piuttosto densa, rialzi febbrili nelle ore pomeridiane. Dimagramento e dolore alla base del torace destro.

Esame obiettivo: costituzione scheletrica regolare; cute e mucose visibili pallide; nulla al capo; tiroide leggermente aumentata di volume; non si palpano ghiandole ingrossate alle regioni laterali del collo; nulla al cuore. Al torace: alla percussione ipofonesi alla base destra verso la colonna vertebrale, dell'altezza di circa quattro dita tra-



Radiografia caso I.

sverse, con diminuzione locale del fremito e del respiro e qualche rantolo sottocrepitante in specie coi colpi di tosse; nulla di speciale al torace sinistro; addome nulla; piccole ghiandole ascellari e inguinali mobili e indolenti.

Il decorso della febbre ha oscillato nel periodo di osservazione (29-3 fino all'8-5-1934) fra i 36°,6-37°,7 al mattino e 38°,5-38°,8 alla sera, senza brividi e scarsi sudori.

L'espettorato muco purulento giornalmente è stato di quaranta, cinquanta centimetri cubici, diviso nel calice in due strati: denso in fondo al bicchiere e siero schiumoso al disopra, non fetido.

Numerosi esami dell'espettorato tutti negativi per il bacillo di Koch.

Cutireazione negativa in terza e quarta giornata ed oltre; globuli bianchi 10.000, neutrofili 53, eosinofili 1, basofili 0, linfociti 36, macrociti 6.

Esame orine negativo.

Dopo qualche giorno di degenza compare leggero soffio bronchiale alla base destra. Si pratica puntura esplorativa e si estraggono pochi cen-

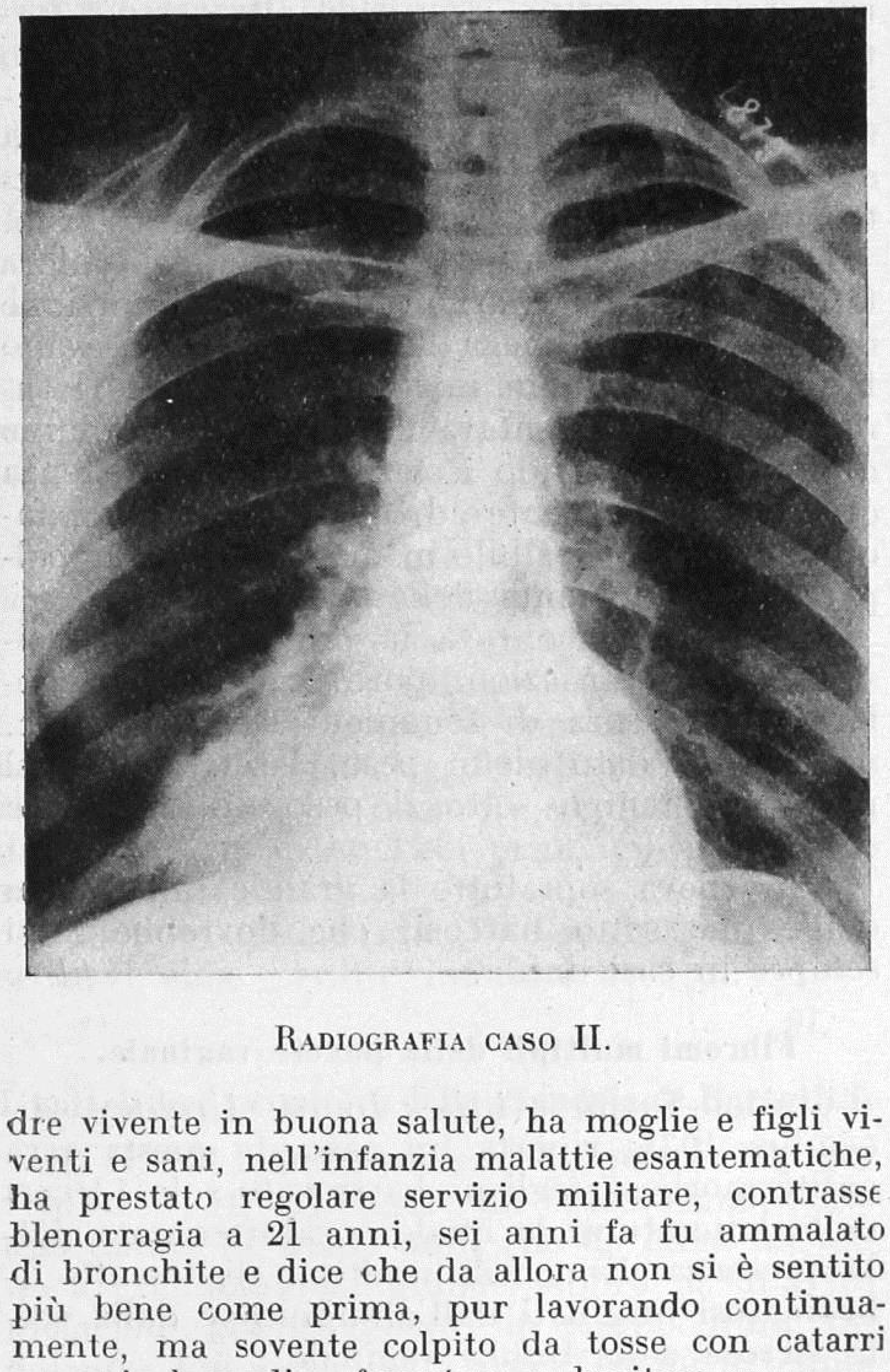
timetri cubici di liquido limpido citrino. Rivalta positivo con sedimento corpuscolato (neutrofili e linfociti).

Si pratica radiografia il 5-3-1934, vedi figura. Si praticano iniezioni di lipiodolo e radiografia il 4-4-1934. Si nota un focolaio della grandezza di un grosso uovo nella regione interna della base destra a contorni netti. Colle iniezioni di lipiodolo non si vede iniettato il focolaio ma solo le diramazioni bronchiali al disopra ed al disotto del focolaio.

Quest'ultimo reperto radiografico ha escluso quindi la presenza di una cavità ascessuale che con probabilità era prima diagnosticata. Quindi si sono ripetuti altri esami dell'espettorato senza e con arricchimento e dopo parecchi di questi esami alfine si sono riscontrati i bacilli di Koch. La diagnosi è stata pertanto di focolaio caseoso nodulare alla base del torace destro (infiltrato precoce con focolaio). Attualmente il paziente è stato ricoverato in sanatorio.

CASO II. — S. G., anni ventinove, spazzino, ricoverato in ospedale dal 23 luglio al 10 agosto 1934.

Padre morto di bronco-polmonite e nefrite, madre vivente in buona salute, ha moglie e figli viventi e sani, nell'infanzia malattie esantematiche, ha prestato regolare servizio militare, contrasse blenorragia a 21 anni, sei anni fa fu ammalato di bronchite e dice che da allora non si è sentito più bene come prima, pur lavorando continuamente, ma sovente colpito da tosse con catarri mucosi; è modico fumatore e bevitore.



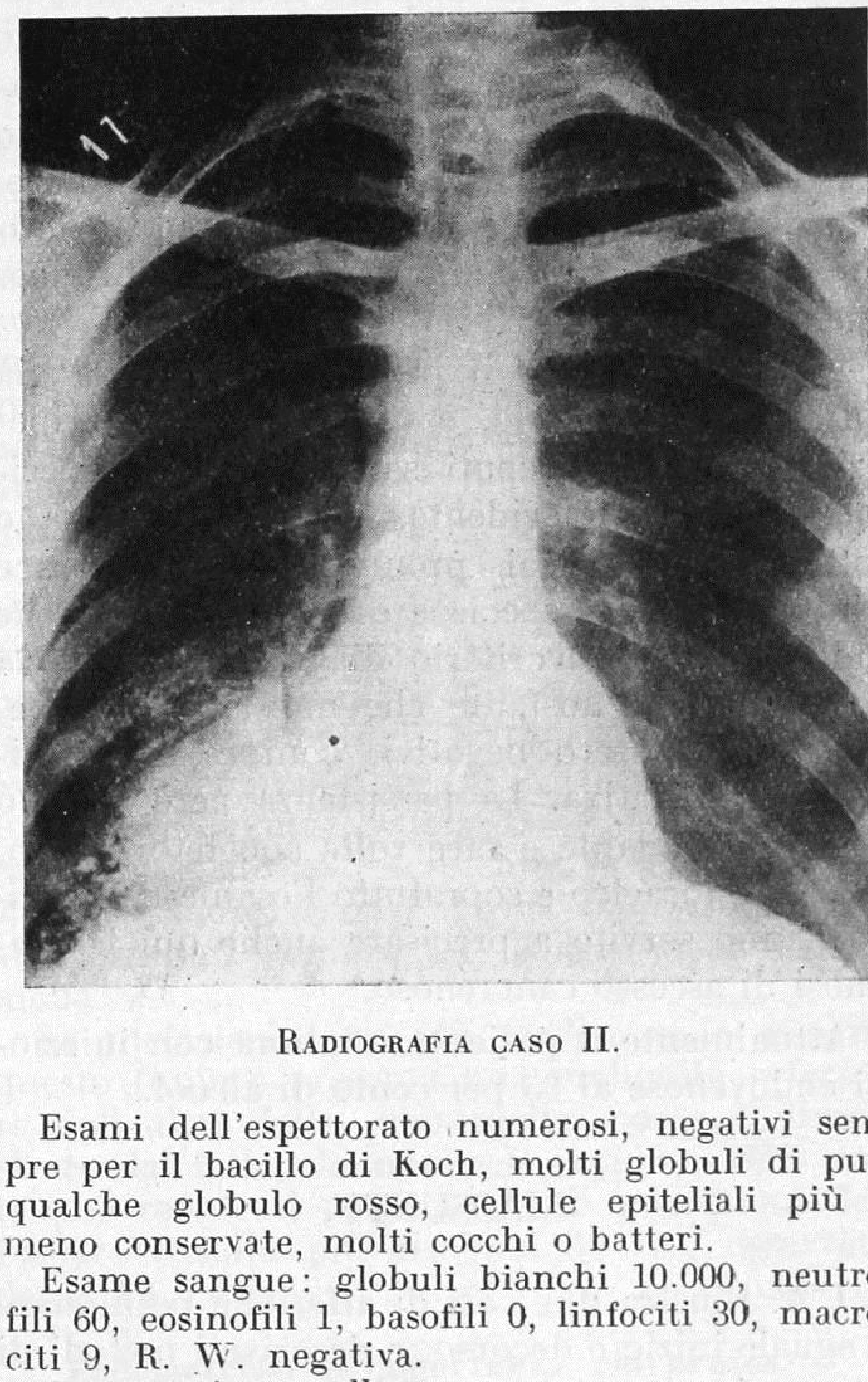
RADIOGRAFIA CASO II.

Circa un mese fa, durante un periodo di ripresa della tosse, ebbe sputi sanguigni rossastri, scarsi, e dei catarri striati di sangue. Da circa dieci giorni ha notato febbre con qualche brivido e dolore alla regione sottomammaria destra. La febbre e la tosse persistono tuttora con sudori e leggeri brividi. Pare che un sanitario abbia diagnosticato bronco-polmonite della base toracica destra.

Esame obiettivo: condizioni generali di nutrizione discrete, mucose visibili abbastanza rosse, ha lingua patinosa ed alito un po' fetido, piccole linfo ghiandole alle regioni laterali del collo, al torace molto accentuate le fosse sopra e sotto claveari e la mobilità delle pareti è scarsa specie a destra anteriormente. Alla percussione ipofonesi alla base toracica destra al disotto della punta della scapola, il fremito vocale tattile localmente è conservato. All'ascoltazione della base stessa respiro debole colla tosse dei gruppi di rantoli sottocrepitanti che si notano anche verso l'ascella e qualcuno anteriormente sotto la mammella.

Nulla al cuore, l'addome trattabile, indolente, il fegato è in limiti, la milza è indistintamente palpabile.

L'espettorato è abbastanza denso, a volte con qualche traccia di sangue, da 100 a 150 centimetri cubici al giorno in tre strati, non sempre decisamente fetido; la temperatura è stata continua, remittente da 37°,5 a 39°,2 con sudori, ma non brividi.



RADIOGRAFIA CASO II.

Esami dell'espettorato numerosi, negativi sempre per il bacillo di Koch, molti globuli di pus, qualche globulo rosso, cellule epiteliali più o meno conservate, molti cocchi o batteri.

Esame sangue: globuli bianchi 10.000, neutrofili 60, eosinofili 1, basofili 0, linfociti 30, macrociti 9, R. W. negativa.

Esame urine: nulla.

Cutireazione: negativa.

Siero diagnosi: tifo, paratifo, e maltese: negativa.

Radiografia semplice: ombra della grandezza di un uovo alla base toracica destra verso la

parte interna, a contorni un po' sfumati e nella parte centrale qualche piccola zona più chiara; piccola velatura apicale a sinistra.

Radiografia col lipiodolo: persiste ombra come prima ma si nota l'iniezione lipiodolica che disegna l'ombra a piccoli nodi scuri, isolati o confluenti.

Diagnosi: ascesso cancrenoso della base polmonare destra.

In questi due casi capitati quasi contemporaneamente alle nostre osservazioni, si notano dati anamnestici e semeiotici molto vicini e solo con le ricerche ripetute si è potuto precisare la diagnosi delle affezioni respiratorie.

Nel primo caso tutto faceva supporre la presenza di un ascesso, più di tutto per l'esordio, per il decorso e per la sede del processo, per la negatività dell'esame dell'espettorato. Solo il lipiodolo, che non ha iniettato il focolaio, ha potuto far dubitare dell'ascesso, e la comparsa poi (dopo una ventina di esami di espettorato) dei bacilli di Koch nello sputo ha precisato la diagnosi di focolaio caseoso tubercolare. La sede non è frequente, ma sappiamo che l'infiltrato precoce non è sempre sottoclaveare e che a volte è precisamente localizzato verso la base o anche nella regione parailare, che può essere a piccoli focolai, oppure a unico focolaio di addensamento a tipo broncopneumonico.

Nel secondo caso il paziente, che aveva già sofferto di bronchite, è un tossicoloso a ripetizione, ha avuto sputi sanguigni, un deperimento organico evidente, delle fosse sopra e sotto spinose assai pronunziate, con torace piuttosto rigido, specie a destra; tutti fatti che indirizzavano il criterio diagnostico verso la tubercolosi, nonostante che molti esami di espettorato fossero negativi, compresa la cutireazione negativa. La persistenza però di uno sputo abbondante e rare volte con fetore lieve, il dolore toracico e sopratutto l'esame lipiodolico hanno servito a precisare anche qui la diagnosi di ascesso cancrenoso.

Attualmente il paziente migliora con iniezioni endovenose al 33 per cento di alcool.

RIASSUNTO.

L'A. illustra due casi di affezione polmonare a eguale inizio e decorso, e descrive i metodi di diagnosi, (specialmente l'esame radiografico con l'iniezione lipiodolica) che permisero di riconoscere nel primo un focolaio caseoso nodulare e nel secondo un ascesso cancrenoso della base polmonare.

CASISTICA E TERAPIA.

Cistoma ovarico scambiato per gravidanza.

L. Manzi (*Clinica ostetrica*, marzo 1935) riporta il caso curioso ed interessante di una donna in cui l'aumento di volume dell'addome aveva fatto sospettare una gravidanza, che sembrava confermata dalla progressività dell'aumento, dalla forma ovoidale con il polo superiore più grosso e l'asse longitudinale più lungo dalla superficie liscia ed uguale con zone più resistenti ed altre meno. Il sospetto assumeva un'importanza quasi tragica per il fatto che il marito era lontano da tempo e per il pettegolezzo sorto nel paese in cui viveva la donna.

Portata alla Maternità, la palpazione conferma i caratteri dell'utero gravido a termine, con zone che danno l'impressione di grosse parti fetali; assenza di movimenti fetali, ascoltazione negativa. Il tumore non può stirarsi in alto, ma solo subisce qualche movimento di lateralità.

Al riscontro, porzione vaginale del collo raccorciata, orifizio chiuso ed attraverso i fornici, una resistenza fra il pastoso e il cistico. Soltanto sotto la narcosi, però, si potè rintracciare il corpo dell'utero deviato verso destra ed indietro e normale di volume: l'isterometro penetra per soli 9 cm. dall'orifizio esterno.

L'intervento conferma la diagnosi allora fatta di cistoma ovarico; un giro di torsione del peduncolo spiega i dolori che avevano fatto pensare ad un inizio di travaglio. Il tumore cistico presentava l'aspetto ed il volume di un utero gravido a termine, a consistenza cistica anteriormente ed, al polo inferiore, facilmente compressibile in modo da lasciar palpare profondamente delle masse dure.

A quanto raccontava la donna della persistenza di mestruazioni pure scarsa ed irregolari, dell'assenza di fenomeni simpatici, ecc. non si era dato alcun peso, lasciandola così per tanto tempo sotto il peso di una triste accusa.

L'A. rileva sopratutto la grande importanza dell'esame sotto narcosi, che dovrebbe farsi sempre in casi dubbi. *fil.*

Fibromi multipli della parete vaginale.

Gordon-Taylor (*Brit. Journ. Urology*, dicembre 1934) riporta un caso di questa rara entità morbosa (egli ne ha trovato solo 13 casi nella letteratura) la quale è caratterizzata dalla presenza di noduli multipli di tessuto fibromatosi originati dall'albuginea e dalla sotto sierosa della tunica vaginale.

Talvolta riuniti in massa unica possono raggiungere dimensioni notevoli. La diagnosi che generalmente è fatta prima dell'intervento è quella di tumore maligno del testicolo.

V. GHIRON.

Il trattamento conservativo delle tossiemie gravidiche tardive.

L. G. McNeile (rif. in *Fortschritte der Therapie*, maggio 1935) riporta l'osservazione di 799 casi, di cui 259 presentavano fatti indubbî di eclampsia; la mortalità è di molto diminuita da quando si è iniziato il trattamento conservativo.

Parte importante di questo è l'iniezione endovenosa di 20 cmc. di solfato di magnesio al 10 %. Le iniezioni vanno fatte appena si può dopo la prima convulsione e ripetute ogni ora fino a che cessano le convulsioni stesse, salvo a riprenderle se si manifestano ancora convulsioni oppure si ha una pressione elevata od altri sintomi.

La malata deve essere lasciata da sola e sottoposta ad inalazioni di ossigeno. Quando si manifestano i dolori, la si narcotizza col protossido d'azoto o con l'etilene, se l'introduzione rettale di cloralio e bromuro di potassio non è sufficiente.

Se il parto si trova già al secondo stadio ed il parto non si espleta rapidamente, lo si finisce col forcipe.

M. P. Rucker (*Ibidem*) consiglia pure l'introduzione endovenosa di solfato di magnesio e, se questo fallisce, l'amital sodico. Egli considera come molto importante la tranquillità, con cui si eviteranno anche le lavande gastriche ed i clisteri.

Nel primo stadio dei dolori, si somministreranno la scopolamina con morfina o con amital; nel secondo stadio, si farà l'anestesia locale con la novocaina. Somministrare abbondanti bevande o, se la malata è incosciente, introdurre ogni 8 ore nello stomaco 3/4 di acqua; utili anche le iniezioni di destrosio.

Se la malata ha già avuto varie convulsioni, è consigliabile un salasso di 500-600 cmc. Cessate le convulsioni, si somministra l'amital sodico (3 dosi da cg. 20 al giorno, per parecchi giorni) od i bromuri ed il cloralio. La dieta deve consistere, nei primi giorni, di soli succhi di frutta.

Con tale trattamento, l'A. su 123 casi consecutivi ebbe perdite inferiori al 5 %.

fil.

L'epitelioma primitivo della glandola di Bartolini.

H. H. M. Lyle (*Annals of Surgery*, n. 5, novembre 1934) riferisce un caso riguardante una donna di trenta anni che da circa un anno aveva notato al grande labbro d. una tumefazione grande quanto un pisello, dura, indolente. Più tardi detta tumefazione divenuta più grossa e soprattutto dolente venne asportata in anestesia locale colla diagnosi clinica di fibroma o di calcificazione della glandola di Bartolini. L'esame istologico del pezzo dimostrò trattarsi di un adeno-carcinoma della glandola di Bartolini.

Il caso ha una certa importanza perchè sono tumori piuttosto rari.

Robinovicth, nel 1932 ne raccolse dalla letteratura circa 40 casi.

Questa forma di tumore è molto maligno quanto quello della vulva. È radio-resistente.

L'operazione consiste in una larga exeresi della vulva e dei gangli inguinali e femorali. L'A. dopo l'intervento consiglia le irradiazioni della regione.

Conchiude ricordando che il successo del trattamento è in rapporto diretto con la diagnosi precoce che si può fare se si tien conto d'una simile localizzazione cancerosa.

SCANDURRA.

Carcinoma gelatinoso delle mammelle.

Lee, Hauser e Pack (*Surg. Gyn. a. Obst.*, 1934) hanno raccolto trenta casi di cancro gelatinoso della mammella nel Memorial Hospital per il cancro di Nuova York. Il cancro a tipo gelatinoso si riscontra in svariati organi in cui si ha secrezione mucosa. Quello che colpisce la mammella è un tipo raro e interessante sotto certi punti di vista. La sua frequenza è dell'1-2 % sugli altri cancri della mammella. Lo si ritrova in 2 forme principali: cancro gelatinoso primitivo, in cui l'accumulo di sostanza gelatinosa predominale su gli altri fenomeni, cancro della mammella che secondariamente va incontro alla degenerazione gelatinosa. Questo tipo può ancora esser suddiviso in miscoide e muscoide a secondo che la degenerazione gelatinosa colpisce il tessuto connettivo per metaplasma o proviene direttamente dalla secrezione delle cellule epitelio-matose.

Ordinariamente questo cancro ha un accrescimento più lento che non gli altri tumori maligni. Si deve notare che spesso insorge da un adenoma primitivo preesistente. L'età, la razza, l'allattamento, i traumi non sembrano avere alcuna importanza.

Per la diagnosi valgono: la resistenza del tumore a lento accrescimento, il segno di Halstead, la biopsia con l'ago da aspirazione e gli altri sintomi comuni al cancro della mammella.

Le metastasi sono più tardive e in genere questo tumore presenta una malignità inferiore agli altri della mammella come è dimostrato dal fatto che anche le recidive sono state pur rare e il percentuale di guarigioni definitive è stato più alto nei 30 casi osservati dagli AA.

GHIRON.

Endometriosi di importanza chirurgica.

Fürst-Skorpil (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 179, pag. 485, 1935) descrivono tre casi a localizzazione diversa, dell'ombellico, del leg. rotondo e del retto, quest'ultimo caratterizzato da crisi di occlusione intestinale intermittente e sincrone ai periodi mestruali.

Si tratta di tumefazioni costituite da connettivo, tessuto elastico e tubuli epiteliali identici a quelli della mucosa dell'utero.

Tali tumefazioni sono più frequenti fra i 30-40 anni e seguono il ciclo mestruale nel senso d'ingrossare ed eventualmente sanguinare durante la mestruazione.

Clinicamente il quadro varia a seconda della sede; la tumefazione è a lento decorso e prognosticamente può essere ritenuta favorevole. La patogenesi è discussa: alcuni ritengono trattarsi d'impianti di mucosa uterina, altri di metaplasie dell'endotelio. VALDONI.

DIAGNOSTICA.

Sulla diagnosi differenziale della lipogranulomatosi.

K. Pfeil (*Zentr. f. Chir.*, 15 dic. 1934, n. 50, p. 2911) osserva come la lipogranulomatosi è dal punto di vista clinico difficilmente differenziabile dai tumori e per prima la osservazione istologica chiarì la natura della malattia.

Nell'Istituto Patologico di Heidelberg ne furono osservati 5 casi:

1) In una donna di 64 anni operata con diagnosi di tumore dello stomaco, una tumefazione dell'omento fu riconosciuta di natura lipogranulomatosa.

2) In una donna di 62 anni, che fu operata con diagnosi di carcinoma mammario.

3) In un uomo di 27 a. fu asportata da una cicatrice da appendicectomia con tumefazione che istologicamente fu provato essere un lipogranuloma.

4) In una donna di 52 a. tumefazione alla coscia d. ed alla spalla sin.: lipogranuloma.

5) In un uomo di 42 a. tumefazione nei muscoli della natica, facendo pensare a tumore od a miosite.

Abrikonoff riporta la origine della lipogranulomatosi a quattro origini: 1) artificiali o granulomi da iniezioni; 2) traumatici (più numerosi); 3) periinfiammatorii da distruzione del tessuto grasso in seguito all'infiammazione; 4) spontanei (da tifo petecchiale od altre malattie infettive).

Nella diagnosi differenziale col carcinoma (mammella) si deve tener conto della spostabilità del lipogranuloma. La distinzione tra lipoma e granuloma si fa in base alla rapida crescenza, la consistenza dura e la netta delimitazione; più grande somiglianza vi è col fibroma. Molto difficile è la distinzione di fronte al neuroma, dal quale si può distinguere il lipogranuloma per la indolorabilità, sebbene vi siano dei casi, che si sviluppano con forti dolori. Così pure sono descritti lipogranulomi in tronchi nervosi.

L'istogenesi è legata alla presenza di corpi estranei, ed anche come tale si deve considerare del grasso degenerato, fagocitato da lipoidofagi e scisso come lo prova la presenza di cristalli di acidi grassi. Nelle fasi ulteriori attraverso processi necrobiotici si può avere la formazione di pseudocisti, visibili a volte anche macroscopicamente. La proliferazione del connettivo di tutto il territorio dà ai noduli lipogranulomatosi la consistenza dura. Si rinvengono cellule epiteliali, cellule schiumose pseudoxantomatose e cellule giganti.

JURA.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. P. V. da C., abb. n. 11.000.

In Italia si hanno numerose istituzioni medico-pedagogiche per soggetti anormali psichici educabili, fra cui la grande maggioranza degli idioti mongoloidi. Segnaliamo, quale istituto modello per l'assistenza sia medica, sia pedagogica, quello « Gaetano Giardino » dell'Opera Nazionale di Assistenza agli orfani di guerra anormali psichici, istituto diretto dal prof. dott. Achille Romagna Manoia. Vanno ricordati pure l'Istituto Umberto I di Firenze, diretto dal prof. dott. E. Modigliano, quelli di Thiene, Napoli, San Giorgio Cremano, Palermo, Milano, ecc.. Aggiungiamo che presso parecchi manicomi funzionano speciali reparti per fanciulli, con fini di istruzione oltre che di assistenza medica.

Dott. GIUSEPPE MONTESANO.

VARIA

L'ora della morte.

Clara Chiodarelli (*Giorn. di clin. med.*, 30 apr. 1935) ha studiato la distribuzione dei 1373 casi di morte avvenuti nel Policlinico di Parma, dal 1930 al 1934.

Mentre le statistiche tedesche dimostrano un lieve predominio delle morti notturne, quella dell'A. indica una predominanza di quelle diurne (736 casi contro 647). Le ore di maggior frequenza sono le seguenti (in ordine decrescente): 14; 8; 5; 15. Molto bassa è la mortalità intorno alla mezzanotte, come già risulta dalle statistiche tedesche. In quella dell'A., la mortalità minima si ha al mezzogiorno.

I malati di tubercolosi, tumori maligni e di sepsi muoiono di preferenza di giorno; quelli di emorragie cerebrali, di diabete, di pneumo-, cardio- ed emopatie, preferibilmente di notte.

L'A. ha anche studiato la ripartizione della morte per mesi. In linea generale, si osserva un massimo nei mesi di gennaio, febbraio, settembre e novembre.

Per quanto riguarda i singoli gruppi di malattie, si nota una mortalità massima in gennaio e febbraio per le cardiopatie e pneumopatie, in aprile e maggio per i tumori maligni, le emopatie, il diabete; in giugno per le nefropatie e la tubercolosi; in ottobre per le sepsi e le emorragie cerebrali. *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Un sanatorio modello.

Si può compiere il miracolo di trasformare la casa del dolore in una casa ove sorride di nuovo la speranza, in cui la fiducia aleggia sui volti, in cui il soggiorno non è più una sofferenza, perchè la salute è ridonata?

Quando si pensi che un tempo i colpiti da tubercolosi si consideravano come inesorabilmente condannati e che a lungo i sanatori sono stati guardati con diffidenza, poichè si vedeva in essi la morte in agguato (purtroppo ce ne sono ancora che lasciano molto a desiderare), si resta tanto più pieni di ammirazione nel pensare all'Istituto Climatico « Cesare Battisti », che la Croce Rossa ha saputo organizzare alla perfezione.

Vi sono attuate le cure più efficienti; ma anche saggiate, con cautela, le cure più moderne.

Quanti malati hanno lasciato guariti o migliorati il celebre sanatorio, che è una benemerenza della Croce Rossa Italiana? Una statistica riassuntiva del decennio ci dà, su 1970 ricoverati, 1169 migliorati e 187 pienamente guariti.

La serenità del soggiorno, allietato da alberi e fiori (il sanatorio sorge nell'antica amena villa Santucci), la perfezione dei servizi di assistenza e di cura, la nitidezza delle camere da letto e la felice disposizione delle verande, la pulizia meticolosa che regna dappertutto, e più ancora l'atmosfera di affettuosità e d'interessamento per ogni singolo malato, rendono questo Istituto uno dei migliori del mondo. Basta qualche particolare a mettere in evidenza l'eccellenza dell'organizzazione: il vitto è unico per i dirigenti, i medici, le infermiere ed i malati e nel refettorio tutti prendono insieme i loro pasti: come sarebbe possibile che i cibi non fossero sanissimi e ben preparati, che la pulizia non desse ogni affidamento? E ancora: il direttore vive insieme alla famiglia in collegamento col sanatorio e segue davvicino e di continuo i malati.

Naturalmente non manca, per la maggioranza dei ricoverati, la distrazione di un teatrino e di una ricca biblioteca e, per le pratiche del culto, una chiesa.

Molto sviluppo si è dato alle cure di lavoro, comprese quelle agricole. Mentre esse restituiscono i tubercolotici alla vita sociale, conferiscono loro la coscienza della guarigione e contribuiscono a promuoverla.

Si compiono ora dieci anni di attività del « Cesare Battisti » e, nella rivista « Croce Rossa » il prof. Mendes ha voluto ricordare questa prima tappa, raccogliendo interessanti dati sull'Istituto da lui diretto, sui metodi di cura, sulla diagnosi precoce, sui risultati. Il pregevole lavoro è anche uscito in volume (1), al quale il Presidente della Croce Rossa, Sen. Cremonesi, ha fatto precedere una prefazione piena di fede e di entusiasmo. L. V.

(1) G. MENDES. *L'Istituto Climatico della Croce Rossa Italiana « Cesare Battisti » e l'assistenza ai tubercolotici in Roma.* Un vol in-8° gr., di pp. 152, copiosamente illustrato.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

La vigilanza e l'assistenza sanitarie agli operai addetti ai lavori nell'Africa Orientale.

Con apposito decreto l'Alto commissario De Bono ha emanato il regolamento relativo al funzionamento della vigilanza igienica e per l'assistenza sanitaria nei cantieri delle opere pubbliche che si stanno eseguendo in Colonia. Questo regolamento prevede la più scrupolosa vigilanza igienica e sanitaria affidate a medici che provvisti di automezzi hanno la possibilità di curare tutti gli operai dei cantieri affidati alle loro cure. È previsto anche il ricovero provvisorio degli operai in baracche di pronto soccorso e l'eventuale ricovero presso gli ospedali dei principali centri dove gli infermi possono essere trasportati con appositi automezzi messi a disposizione dal Governo. Rigorose misure sono poi previste per qualsiasi accenno di malattie infettive, per il controllo dell'acqua potabile, l'alimentazione e l'importazione delle varie sostanze alimentari. Affinchè gli organi centrali possano esercitare un preciso controllo e intervenire tempestivamente, ciascun medico addetto ai varii cantieri dovrà redigere una relazione sulla sua attività settimanale rispondendo a specifici quesiti. Queste e altre misure volute dall'Alto Commissario rendono più confortevole la permanenza degli operai il cui lavoro è completamente salvaguardato dalle numerose provvidenze attuate e da quelle in corso di attuazione.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGRIGENTO. *Amministraz. Provinciale.* — Scad. 4 luglio; 2 posti di medico assistente presso l'Ospedale Psichiatrico Provinciale; L. 10.000 lorde e 4 quadrienni di L. 700; età limite 35 a. Rivolgersi alla Segreteria Generale.

ANCONA. — Posto di assistente sanitaria visitatrice del Dispensario Provinciale Antitubercolare di Ancona. Stipendio L. 7900 oltre servizio attivo L. 1343; età massima anni 40, salvo deroga di legge. Titolo: diploma di abilitazione alla professione di assistente sanitaria visitatrice. Il concorso è aperto fino al 30 giugno 1935. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Provincia, piazza Roma, Ancona.

BORGOSESIA (*Vercelli*). — Scad. 31 agosto; primario di medicina direttore sanitario; età limite 45 anni; 7 anni di laurea; titoli speciali in igiene;

5 anni di servizio effettivo presso Ospedali o Cliniche o reparti corrispondenti al ramo sanitario per il quale è bandito il concorso; documenti a 3 mesi dal 21 maggio; stip. L. 6000, indennità direzione L. 2000, indennità residenza L. 2000, partecipaz. 50 %. Servizio entro 20 giorni. Chiedere annunzio.

Firenze. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Medico aiuto dell'Istituto pre-sanatoriale e post-sanatoriale in Pratolino presso Firenze e medico aiuto del Dispensario Provinciale; stipendi rispettivam. L. 18.000 e L. 12.000; tre trienni dec.; alloggio per famiglia, illuminaz. e riscaldam.; chiedere annunzio. Scad. ore 16 del 24 luglio. Rivolgersi alla Segreteria (Palazzo Medico Riccardi, via Cavour 1). Docum. a 3 mesi dal 21 maggio. Età limite 40 anni. Titoli ed esami.

Ghilarza (*Cagliari*). *Congregazione di Carità.* — Concorso posti Direttore ed Assistente Sanitaria Dispensario Antitubercolare. Stipendio annuo lire 3600 lordo e L. 4800, rispettivamente, oltre L. 1200 indennità trasferta, nette, assistente sanitaria. Scadenza Direttore 25 luglio 1935-XIII, Assistente sanitaria 25 giugno 1935-XIII. Schiarimenti rivolgersi alla Segreteria.

Gioia del Colle (*Bari*). *Ospedale Paradiso.* — Scad. 7 luglio; medico ordinario; L. 13.000 lorde; età limite 45 anni. Rivolgersi alla Segreteria.

Lecce. — Con avviso del 29 maggio u. s., il presidente del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Terra d'Otranto, informa che il concorso al posto di Direttore del Consorzio-Direttore del Dispensario Provinciale Antitubercolare, bandito con avviso del 25 marzo corrente anno, è prorogato al 31 luglio prossimo venturo.

Piove di Sacco (*Padova*). — *Ospedale Civile.* — Scad. 29 giugno; medico primario; L. 9925 e 5 quadrienni dec., oltre L. 565 per servizio nel Reparto Psichiatrico; c.-v.; al netto di riduzioni e soggette alle ritenute di legge. Rivolgersi alla Segreteria.

Padova. *R. Prefettura.* — Scad. 29 luglio. Concorso per titoli ed esame alle condotte mediche di: Padova (2 posti), Abano Terme, Arquà Petrarca, Bovolenta, Carrara S. Giorgio (consorzio), Grantorto, Limena, Meserà di Padova. Età limite 35 anni al 25 maggio. Rivolgersi alla Prefettura o ai Comuni interessati.

Pesaro. — Posto di medico primario e vice-direttore dell'*Ospedale San Salvatore* alle dipendenze della Congregazione di Carità. Stipendio annuo L. 9000 suscettibili di sei aumenti triennali di un ventesimo; indennità di servizio attivo L. 1200, caro-viveri come gli altri impiegati dell'Ospedale, L. 500 per le funzioni di vice-direttore; oltre alle percentuali stabilite sulle tasse di cure mediche, visite ambulatorie, esami dei Gabinetti, ecc. dei paganti. Stipendio e indennità sono soggetti alle riduzioni e trattenute di legge, le compartecipazioni alla sola ritenuta di ricchezza mobile. Età minima anni 30 e massima anni 45 salvo eccezioni di legge. Laurea in medicina e chirurgia e certificato di servizio prestato per un quinquennio in reparti medici ospedalieri o cliniche con un numero di letti non inferiore a cento, con qualifica non inferiore ad assistente. Scadenza del concorso ore dodici del 31 agosto 1935. Domande, documenti, schiarimenti alla Segreteria della Congregazione di Carità di Pesaro.

Rapallo (*Genova*). *Ospedale Civile.* — Scad. 22 giugno; otorinolaringoiatra; compartecipaz. 45 %. Rivolgersi alla Segreteria.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il Consiglio di Amministrazione degli Ospedali Civili Riuniti di Venezia ha proceduto alla nomina del prof. Antonio Romani al posto di primario della Divisione Chirurgica II^a, posto fino allo scorso anno ricoperto dal sen. Davide Giordano.

La scelta del Consiglio è caduta sul concorrente classificato primo in graduatoria dalla apposita Commissione di esame, presieduta dal prof. Giuseppe Tusini, direttore della Clinica chirurgica di Genova e composta da S. E. l'on. prof. Raffaele Paolucci, direttore della Clinica chirurgica di Bologna, dal prof. Cesare Antonucci, primario chirurgo degli Ospedali Riuniti di Roma e dai proff. Gustavo Messi, Fabio Vitali, Gherardo Forni, Enzo Romanelli.

Il prof. Romani da qualche anno presta la sua opera nell'Ospedale di Legnago.

All'insigne chirurgo i nostri rallegramenti.

Al posto di direttore del Sanatorio « Alessandrini-Romualdi » di Teramo è stato chiamato per concorso il dott. Oscar Sossi.

NOTIZIE DIVERSE

4° Congresso Nazionale di Nipiologia.

Questo Congresso, promosso dalla Società Italiana di Nipiologia ed autorizzato da S. E. il Capo del Governo, si terrà a Trieste, nei giorni 4-7 settembre, sotto l'Alto Patronato di S. A. R. la Duchessa d'Aosta e sotto gli auspicì dell'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia e col concorso del Sindacato Provinciale Fascista dei Medici di Trieste e dell'Associazione Medica Triestina (Circolo di Cultura del Sindacato Fascista Medici).

L'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia, come nei Congressi precedenti, ha concesso l'alto onore del suo intervento; ed il gr. uff. avv. Sileno Fabbri, presidente dell'Opera, pronunzierà il discorso inaugurale sul tema « L'azione dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia per la difesa del lattante ».

Il sen. prof. Francesco Valagussa, delegato della Croce Rossa Italiana, farà un rapporto sul tema « Previdenze della Croce Rossa Italiana per la difesa del lattante ».

Il sen. conte Fulco Tosti di Valminuta, consigliere delegato dell'Opera Nazionale di Assistenza all'Italia Redenta, farà un rapporto sul tema « Attività svolta dall'Opera Nazionale Assistenza Italia Redenta per la protezione del lattante ».

Saranno poi svolte le seguenti Relazioni: E. Bonaventura, « Lo studio sperimentale del carattere del lattante »; A. Cazzaniga, « Medicina Legale e Nipiologia »; R. Corso, « Etnografia e Nipiologia »; L. Dominici, « La chirurgia degli spasmi pilorici e delle stenosi piloriche del lattante »; P. Gaifami, « La mortalità ostetrica del neonato »; G. Lo Cascio, « Patogenesi della cheratomalacia del lattante »; G. Macciotta, « Le anemie alimentari e carenziali del lattante »; I. Nasso, « L'allevamento del prematuro »; P. Radaelli, « L'anatomia patologica delle ghiandole endocrine nel feto e nel neonato »; D. Rende, « Tutela giuridico-penale della procreazione, del feto e del lattante »; S. Sergi, « Antropologia e Nipiologia »; R. Vaglio, « Equilibrio acido-basico nel neonato e nel lattante ».

Saranno svolte anche comunicazioni riguardanti esclusivamente il neonato ed il lattante, preferibilmente sui temi di relazione; e ciascun oratore potrà fare una sola comunicazione.

Saranno iscritti di diritto al Congresso i soci della Società Italiana di Nipiologia. Potranno iscriversi al Congresso anche i non soci: cioè, oltre i medici, tutti gli studiosi del bambino lattante (biologi, giuristi, psicologi, pedagogisti, storici, sociologi ecc.) e tutti coloro che si interessano della tutela del lattante (filantropi, amministratori, visitatrici ed assistenti sanitarie di tutte le istituzioni per la protezione della prima infanzia, ispettori scolastici, direttori ed insegnanti di scuole medie e primarie ecc.). I non soci dovranno versare all'atto dell'iscrizione la quota di L. 30. Potranno anche iscriversi le Istituzioni, facendosi rappresentare da un delegato e versando la quota di L. 30. Potranno partecipare al Congresso, come membri associati, le persone di famiglia dei congressisti, versando la quota di L. 15 a persona.

I titoli delle comunicazioni con brevi riassunti dovranno essere inviati non più tardi del 31 luglio al Segretario della Commissione Ordinatrice, dott. Bruno Ulcigrai, Ospedale Regina Elena, Trieste.

Le schede di adesione e le quote di iscrizione per i non soci ed i membri associati dovranno essere inviate al tesoriere della Commissione Ordinatrice, sig. Eugenio Goglio, cassiere dell'Economato del Municipio, Trieste.

Le quote sociali dei soci della Società Italiana di Nipiologia dovranno essere inviate al cassiere della Società, cav. uff. Ugo Bianco, via Giuseppe Martucci 56, Napoli.

Per le informazioni rivolgersi al segretario della Commissione Ordinatrice, dott. Bruno Ulcigrai, Ospedale Regina Elena, Trieste.

Coloro, che vorranno iscriversi alla Società Italiana di Nipiologia, dovranno inviare la loro adesione (con le indicazioni delle loro generalità, dei loro titoli e del loro domicilio) al presidente della Società, prof. Ernesto Cacace, via Aniello Falcone 72, Napoli, e contemporaneamente inviare la quota sociale di L. 15 per l'anno 1935 al cassiere della Società, cav. uff. Ugo Bianco, via Giuseppe Martucci 56, Napoli.

7° Congresso internazionale di talassoterapia.

Come ne abbiamo dato l'annunzio, è indetto dall'Associazione internazionale di talassoterapia dal 27 al 30 luglio, in San Sebastiano (Spagna), sotto la presidenza di S. E. il Presidente della Repubblica. Temi: « Trattamenti delle adeniti cervicali »; « Indicazioni e contro-indicazioni dei bagni di sole ». Tra i relatori sono, per l'Italia: F. Delitala (Venezia), D. De Francesco (Lido di Venezia), Magrassi (Desenzano). La tassa d'iscrizione è fissata in 30 pesete, con diritto agli Atti. Sono in programma feste, escursioni, un banchetto, una corsa di tori ecc.; per prendervi parte è stabilito un *forfait* di 70 pesete. Per le iscrizioni rivolgersi a: Comité Organizador del VII Congreso de la Asociación Internacional de Talasoterapia, plaza del Buen Pastor 20, 1°, San Sebastián, Spagna; per i viaggi e gli alloggi rivolgersi a: Agencia Cafranga, avenida de la Libertad 12, San Sebastián, Spagna; ovvero a: Les Voyages F. A. V. E., boulevard de la Madeleine 12, Paris, Francia.

Congresso internazionale d'idrologia.

La Società internazionale d'idrologia medica terrà la sua riunione annuale a Bruxelles e Ostenda dal 12 al 17 ottobre. Temi: « l'azione dei bagni di anidride carbonica sulla circolazione periferica », relatori Dr. Marcel Wybauw (Belgio), Dr. P. N. Deschamps (Francia), prof. H. Vogt e Dr. R. Wachter (Germania); « azione terapeutica dei fanghi », relatori prof. Scherbakov (Jugoslavia), prof. S. Pisani (Italia) e prof. V. Mladejovsky (Cecoslovacchia); « azione terapeutica del clima marino », relatori prof. I. Gunzburg (Belgio) e Dr. W. G. Willoughby (Inghilterra); i primi due temi si discuteranno a Bruxelles, il 13 e il 14 ottobre; il terzo a Ostenda, il 17 ottobre; i due giorni intermedi saranno destinati a una gita nel Lussemburgo belga, per visitarvi Mondorf e Spa. La segreteria della Società ha sede in: Kingsway 109, London W. C. 2., Inghilterra.

3ª Riunione europea per l'igiene mentale.

Organizzata dalla Lega nazionale belga per l'igiene mentale si terrà a Bruxelles il 20 e il 21 luglio. Temi: « Assistenza familiare ai malati di mente », relatori: G. Corberi (Milano), F. Sano (Gheel) e J. Vic (Aimay-le-Château); « Punizione e coazione in famiglia ed a scuola », relatori H.

Meng (Basilea) e Chrichton-Miller (Londra); « L'igiene mentale e la stampa », relatori O. L. Forel (Nyon) e J. van der Spek (Rotterdam). Per ulteriori informazioni rivolgersi al segretario generale Dr. G. Vermeyler, rue Saint-Bernard 28, Bruxelles, Belgio; oppure al direttore della Lega internazionale, Dr. Roemer, Illenau, Post Achern, Baden, Germania.

Corsi di perfezionamento e di aggiornamento.

Una « settimana medica internazionale » è organizzata sotto il patronato dell'Alto Consiglio Federale della Confederazione Svizzera, dal 9 al 19 settembre, a Montreux. Il programma si riferisce ad una serie di conferenze nei vari dominî della medicina o su argomenti che si riferiscono alla medicina, con particolare riguardo ai problemi pratici.

La lista dei conferenzieri comprende: E. Abderhalden (Halle), M. Askanazy (Ginevra), J. Bauer (Vienna), P. M. Besse (Ginevra), L. Brunschwieg (Parigi), E. Bürgi (Vienna), H. Dale (Londra), X. Diaz (Madrid), E. Feer (Zurigo), Hartmann (Parigi), J. Holmgren (Stoccolma), P. Karrer (Zurigo), E. Laqueur (Amsterdam), A. Lemierre (Parigi), H. W. Maier (Zurigo), L. Michaud (Losanna), E. Monitz (Lisbona), F. v. Müller (Monaco), C. Nicolle (Parigi), P.-A.-A. Nobécourt (Parigi), E. Payr (Lipsia), F. de Quervain (Berna), L. Rajchman (Ginevra), A. Rosselet (Losanna), G. Sanarelli (Roma), H. L. Sigerist (Baltimora), R. Staehelin (Basilea), W. Straub (Monaco), F. Verzár (Basilea).

Saranno organizzate alcune visite — tra cui alle cliniche e agli istituti della Facoltà medica di Losanna — ed escursioni. L'iscrizione importa 10 franchi svizzeri e dà diritto al volume che raccoglierà il resoconto. Saranno stabilite facilitazioni di viaggio e di soggiorno. È prevista un'esposizione di prodotti farmaceutici e di apparecchi medici. Rivolgersi alla segreteria: Klosterberg 27, Basilea, Svizzera.

Il 4° Corso internazionale di alta cultura medica, organizzato dalla Fondazione Tomarkin, si svolgerà dal 12 al 18 settembre a Bruxelles (cioè durante l'Esposizione universale) e dal 20 settembre al 2 ottobre a Spa. Saranno trattate « Le attualità diagnostiche e terapeutiche ». La lista dei conferenzieri, ricca di buoni nomi, comprende per l'Italia: M. Ascoli (Palermo), E. Bertarelli (Milano), V. Chini (Roma), C. Foà (Milano), C. Frugoni (Roma), A. Gasbarrini (Padova), A. Gemelli (Milano), P. Rondoni (Milano), F. Schupfer (Firenze). Per informazioni rivolgersi alla segreteria della Fondazione, Faculté de Médecine, rue aux Laines 97, Bruxelles, Belgio.

L'Accademia berlinese per il perfezionamento dei Medici, nel prossimo autunno organizzerà i corsi seguenti: Medicina interna (dal punto di vista della patologia funzionale) e Terapia (2-14 settembre; tassa d'iscrizione: 60 Reichsmark); Chirurgia degli organi del torace con speciale riguardo della tubercolosi polmonare (2-6 settembre; tassa: 80 RM); Corso sulla tubercolosi, nel tubercolosario municipale di Berlino « Waldhaus Charlottenburg » (9-14 sett.; tassa: 50 RM); Corso sulle malattie infettive (16-21 settembre; tassa: 40 RM); Corso di oto-rino-laringoiatria (30 settembre-12 ottobre; tassa: 120 RM); Biologia ereditaria e difesa dei valori della stirpe nella pratica della medicina (7-12 ottobre; tassa: 40 RM); Corsi speciali in tutti i rami della medicina così per quanto riguarda la pratica ospedaliera, come per quello che si riferisce alle ricerche di laboratorio: tali corsi hanno luogo ogni mese; tassa 50-80 RM per 8 lezioni doppie.

Per i programmi e informazioni particolareggiate, rivolgersi alla Segreteria della « Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung », Berlin NW 7, Robert Koch-Platz 7 (Kaiserin Friedrich-Haus). I medici stranieri o tedeschi stabiliti all'estero fruiscono sulle ferrovie del Reich del ribasso del 60 %. Inoltre valendosi dei cosiddetti « Marchi registrati », il medico straniero può ridurre sensibilmente la spesa del proprio soggiorno in Germania. A tale scopo egli farà bene di assumere le necessarie informazioni presso la propria banca e prima di mettersi in viaggio.

Il prof. Gaifami.

In merito alla chiamata del prof. P. Gaifami a Roma, leggiamo sulla « Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux » (19 maggio 1935) il seguente giudizio, di Jenneney:

« Tanto come chirurgo, quanto come insegnante, questo Maestro della ginecologia italiana ha pubblicato una serie d'importantissime memorie, in tutti i rami della ginecologia e, in particolare, un'eccellente opera, molto didattica, sugli elementi della ginecologia.

Il nuovo professore dirige un importante giornale, « La Clinica Ostetrica ».

Amico della Francia, il prof. Gaifami non manca di assistere ai Congressi delle nostre Società d'ostetricia e di ginecologia, ove egli rappresenta brillantemente la scienza italiana.

Ci è quindi gradito di salutare la sua elezione all'importante cattedra di Roma ».

Il prof. Alfieri.

La Società francese di ginecologia ha nominato il prof. Emilio Alfieri, direttore della Clinica ginecologica della R. Università di Milano, a presidente onorario del Congresso francese di ginecologia per l'anno 1936 in sostituzione del compianto prof. Ernesto Pestalozza. La Società francese di ginecologia ha inoltre invitato il prof. Alfieri a presenziare il Congresso di quest'anno, che si terrà a Salies de Bearn o ad inviarvi un delegato della Società italiana di ostetricia e ginecologia.

Un po' dovunque.

All'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere si è tenuta un'adunanza, presieduta dall'on. prof. Giuseppe Bruni, durante la quale il prof. Ferdinando Livini ha annunciato che è stato deliberato di tenere un Congresso internazionale di anatomia a Milano, nel 1936. Al congresso hanno aderito le Società anatomiche di molti Paesi.

La « Compagnie fermière des eaux minérales de Royat », la Società medica e la Commissione di pubblicità di questa Stazione, hanno deliberato di organizzare delle assisi internazionali periodiche triennali di patologia cardio-vascolare; la prima riunione è indetta per maggio e giugno 1936.

Si è riunita a Parigi, la Commissione internazionale di Psicotecnica applicata ai trasporti ed al traffico stradale. Con l'intervento dei rappresen-

tanti di nove Nazioni e sotto la presidenza del prof. B. Lahy, sono stati trattati varî problemi interessanti la prevenzione degli incidenti della strada dal punto di vista della selezione dei conducenti, dell'illuminazione, dei segnali ecc. Ne facevano parte, per l'Italia, il prof. padre Agostino Gemelli, il prof. Mario Ponzo ed il dott. Azeglio Filippini.

Il 4º Congresso dentario nazionale belga, posto sotto l'alto Patronato della Regina Madre e dei Sovrani del Belgio, si svolgerà dall'1 al 4 agosto, nel nuovo Istituto « George Eastman » di Bruxelles; seguirà, dal 4 al 14 agosto, la 29ª Sessione della « Fédération Dentaire Internationale ». Rivolgersi al delegato italiano presso il Consiglio esecutivo della Federazione, comm. Amedeo Gioia, via Bertola 49, Torino 103.

Il 4 maggio si è tenuta a Parigi l'assemblea generale dell'Associazione mutua dei medici combattenti. Sede sociale: rue du Cherche-Midi 95, Parigi.

La Società Medico-Chirurgica Abruzzese terrà il suo 3º Congresso a Pescara, nel settembre 1936. Il presidente della Società, prof. A. Gasbarrini, ha tenuto una riunione con i primarî e con le autorità locali, per gettare le basi del convegno.

La Società Medico-Chirurgica Bresciana si è adunata il 12 marzo e il 9 aprile, sotto la presidenza del prof. E. Raverdino. Sono state fatte comunicazioni da: M. Lusena, L. Pietrantoni, E. Raverdino; G. Quarti, A. Pellegrini, E. Bray.

La Società di Cultura Medica Novarese si è adunata il 2 maggio, sotto la presidenza del prof. G. Dellepiane, assistito dal segretario dott. V. Gallina. Sono state fatte comunicazioni da: P. Fornara, D. Cantone, P. Durando, C. A. Luzzatti, G. Fregonara.

A Pallanza 30 membri della Società piemontese di ginecologia e ostetricia hanno tenuto un convegno, durante il quale hanno trattato i problemi attinenti alla sterilità della donna e ai mezzi per combatterla. Le autorità cittadine hanno offerto un tè in onore dei convenuti.

La Società di Ostetricia e Ginecologia delle Venezie si è adunata il 12 marzo a Udine, sotto la presidenza del prof. A. Bertino, assistito dal segretario prof. E. Maurizio. Sono state fatte comunicazioni da: E. Santi, E. Opocher, E. Maurizio, E. Strina, A. de Grisogono, A. Quarantotto, F. Rigazzi, B. Tomasi.

Un gruppo di specialisti della « North of England Ophthalmological Society » ha visitato alcune delle più importanti cliniche oftalmiche d'Europa: Monaco di Baviera, Vienna, Budapest, Bologna. A Bologna si sono trattenuti il 28 e il 29 maggio, accolti dal direttore della Clinica, prof. Q. Di Marzio, dalle autorità accademiche e cittadine. Il prof. Di Marzio ha fatto varie dimostrazioni e sedute operatorie. Il gruppo è poi passato a Roma. Ne daremo ulteriori notizie.

Il prof. G. Pittaluga, direttore dell'Istituto Nazionale di Sanità di Madrid, è stato invitato a tenere dei corsi di conferenze presso le Facoltà mediche di Buenos Aires e di Messico.

Il dott. Viborel, appartenente al Ministero di Sanità della Repubblica Francese, ha tenuto in Roma, il 31 maggio, una conferenza sul cinematografo nella propaganda igienica, presso l'Istituto Internazionale per la Cinematografia Educativa. Fu presentato dal prof. Bocchetti.

La conferenza venne seguìta da interessanti cinematografie.

Lo scienziato brasiliano Aloysio De Castro, durante il suo viaggio scientifico in Italia, ha tenuto varie apprezzate conferenze, tra cui una nella Clinica medica di Parma, trattando della tripanosomiasi nelle regioni equatoriali e del « beriberi »; una a Bologna, nell'Istituto di Fisiologia, sul tema: « La paralisi di Landry ».

Il prof. V. M. Palmieri, dell'Università di Napoli, ha tenuto una conferenza sulle « ragioni mediche del riposo festivo », in occasione della « settimana nazionale » organizzata a Roma dall'« Azione Cattolica Italiana ».

Il 24 maggio venne inaugurato a Pavia l'Istituto odontoiatrico dell'Università, il quale comprende 17 ampi locali; risulta di due piani e copre un'area di 300 mq.

La Mostra degli Ospedali Italiani — dovuta alla geniale ed utile iniziativa di S. E. Spano, presidente del Comitato del Congresso Internazionale degli Ospedali, e curata sapientemente dal segretario generale prof. Nicola Sforza, primario degli Ospedali di Roma — è stata visitata da S. E. Buffarini, Sottosegretario al Ministero dell'Interno.

Il prof. Jules Bordet ha lasciato l'insegnamento universitario: egli ha tenuto il 21 maggio la sua ultima lezione all'Università di Bruxelles, alla presenza di un pubblico elettissimo, tra cui il presidente del Consiglio dei Ministri, Paul Heymans.

Nel disastro tellurico del Belucistan, che ha avuto per centro la capitale Quetta, uno dei primi edifizi distrutti in questa città fu l'ospedale: vi erano duecento malati, nessuno dei quali potè mettersi in salvo. In mancanza dell'ospedale i feriti dovettero essere ricoverati temporaneamente in ospedaletti da campo improvvisati, e dopo riattivata la linea ferroviaria, molti furono trasferiti a Caraci. Medici militari e infermieri si sono prodigati. Aeroplani dell'aviazione britannica hanno efficacemente contribuito, prima che funzionassero i treni di soccorso, a fornire presidî medici e chirurgici.

GAETANO FICHERA

GAETANO FICHERA è scomparso. A chi gli è vissuto lungo tempo vicino la fulmineità della dipartita ha destato un grande stupore, oltre che immenso cordoglio, conoscendone la fibra che non fu mai fiaccata nè da mali, nè da lavoro. Si può dire che Gaetano Fichera non si riposò mai, per un vero dinamismo del corpo e della mente. Per Lui fin dai primi anni della gioventù la suprema ragione di vivere era rappresentata dallo



8 marzo 1880 — 21 maggio 1935

studio ed anche in età in cui altri cominciano a concedersi un po' di riposo Egli studiava nel laboratorio, nella biblioteca e continuava ancora a studiare a casa, dove posponeva anche i conforti della famiglia alla incessante passione che lo animava. E la mattina, al sorgere del sole, si destava con la stessa enfasi del giorno prima e con la stessa lena. In periodi di intense ricerche tornava nel laboratorio anche in ore insolite e vi si attardava nella raccolta delle osservazioni che lo appassionavano. Di tutto quanto ricavava faceva partecipi coloro che gli erano vicini e lontani.

Di quest'uomo si può dire che vedevamo soltanto un lato della vita, quello dello studio, per cui era inflessibile e rigido anche con se stesso. Ed alle volte imponeva agli altri uno sforzo che poteva sembrare sacrifizio, mentre per lui era essenza di vita. Per queste ragioni i suoi collaboratori spesso si ritraevano stanchi, mentre Lui proseguiva incurante, come a raggiungere una meta. Certamente lo studio dei tumori occupò, più di ogni altro argomento, la mente di Gaetano Fichera, ma non mancano ricerche sui più svariati campi della patologia e della clinica, che trattò sempre con competenza e larghezza di vedute. Si può dire, senza tema di errore, che per qualunque argomento di patologia Egli aveva acquistata una sicura competenza, cresciuto sotto la guida preziosa di maestri come Marchiafava, Bignami, Durante che gli apprestarono tutte le varie fonti del sapere. Ma il suo massimo perfezionamento raggiunse nei tumori ove era provetto nella istologia, nella diagnostica e specialmente nella biologia. La meta finale era rappresentata dalla cura dei tumori, l'obbietto giornaliero appassionante dallo studio biologico dei neoplasmi. La sua vita trascorreva nel rilevare da tutta la letteratura mondiale quanto poteva suffragare la sua teoria sull'equilibrio oncolitico e squilibrio oncogeno che, nata verso il 1911 da una serie di studi diretti da lui e svolti da Gussio, Brancati, Magnini, Ricci, Caravani nella clinica chirurgica di Roma, andava sempre più delucidando. Dotato di una volontà ferrea che non lo faceva arrestare ai ripetuti ostacoli, di una memoria formidabile che gli rendeva le notizie bibliografiche come in un indice analitico, di una solida preparazione di patologia generale e anatomia patologica e di una potenza sintetica eccezionale, divenne presto l'astro principale di una costellazione di giovani che si rinnovava sempre e ch'Egli animava con la sua fede. Se a qualcuno parve in quel tempo un esaltato per noi fu il vivificatore di un'idea, che come un tema geniale trovava addentellati con una numerosa serie di fatti sperimentali e clinici. Certo che a Gaetano Fichera si deve riconoscere un merito indiscutibile, quello cioè, di avere iniziato anche in Italia un'epoca di studi oncologici quando da noi questi si erano arrestati alle osservazioni anatomo-patologiche e cliniche. La biologia dei neoplasmi ha avuto da Lui un incremento potente ed i risultati sono stati spesso interessanti rispondendo a leggi generali di fisio-patologia. Convinto dalle proprie ricerche, da quelle di altri ricercatori vicini e lontani, andava sempre più perfezionando la sua concezione ed in ultimo era venuto alla fase definitiva, all'applicazione terapeutica. Molte controversie e lotte dovè sostenere per non cadere sotto le critiche di oppositori di principio, sia con numerosi scritti sia con la sua affascinante parola. Pressato anche in pubblici congressi a dare le norme di dettaglio sulla terapia dei neoplasmi Egli rispondeva sempre con un'affermazione generale di principio, che rappresentava la sua convinzione assoluta sulla esistenza di organi oncoblastici ed oncolitici. I dettagli non poteva darli perchè occorrevano ancora studi, prove, ricerche

Quante volte si rifiutò recisamente, anche dietro compensi illimitati, ad intraprendere un trattamento coi suoi autolizzati, mentre quante altre fu visto pazientemente, con la fede nel cuore, ad iniettare i suoi preparati, grossolanamente rappresentati da sospensioni dapprima di tessuti embrionali, poi di tessuto neoplastico e finalmente di organi antiblastici! Nei suoi saggi passò per questi tre periodi fermandosi in ultimo agli organi, quando si andarono consolidando i risultati su di essi ottenuti tra noi e convalidati all'estero. E negli ultimi tempi era diventato un vero costituzionalista, perchè nell'intrapendere quella che lui chiamava correzione antiblastica, vagliava se potesse rispondere più il timo, la milza, la tiroide, o il midollo osseo di cui va-

riava le proporzioni nella miscela. Molte volte era trasportato a valutare eccessivamente un fenomeno che convalidava la sua teoria allo stesso modo, diceva Lui, che un padre esalta inconsapevolmente spesso le virtù del figlio, ma è certo che tutte le sue asserzioni non furono mai basate su semplici fatti superficiali od empirici, ma su osservazioni anatomo-patologiche e su ricerche istologiche.

Poteva l'interpretazione variare per quanto si riferisce alla propria convinzione, ma i fatti obbiettivi esistevano ed erano irrefutabili. Per questo il principio emesso da Fichera sui tumori ha resistito per oltre un ventennio e resisterà col volgere del tempo.

Possiamo con sicurezza affermare che la sua opera fu sempre disinteressata, non solo per quanto si riferisce all'oncologia, per cui poteva vantare una competenza speciale, ma per tutto quanto può interessare un chirurgo generale. Raggiunto l'apice della carriera universitaria con la cattedra di Patologia prima e di Clinica chirurgica dopo, abbandonò la facile e sicura conquista di lucro per seguire la luminosa idea dello studio e la cura del cancro. Non stimò mai il valore del denaro se non per realizzare il suo sogno di studioso, profondendo ogni suo avere, per lunghi anni nella rivista da Lui fondata e diretta. Molto realizzò e sorresse con quella fede di apostolo della scienza, ma l'opera sua resta incompleta. Le interpretazioni che Lui dava potranno variare od avere un valore diverso ma i fatti sono incontrovertibili. E poichè Gaetano Fichera premise i fatti la sua dottrina rimarrà, anche dopo scomparso il suo apostolo.

Parma, 25-V-1935 - XIII. Raffaele Brancati.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Gennaio 1935

Malattie	31/12-6/1		7-13		14-20		21-27			
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo	300	2150	305	1936	357	1963	307	2105	—	—
Scarlattina	129	[illegible]52	123	303	96	249	117	333		—
Varicella	122	410	131	454	89	285	110	348	—	—
Vaiuolo e Vaiuoloide	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tifo addominale	203	308	168	315	158	299	143	239	—	—
Difterite e Croup	326	603	285	528	283	563	264	483	—	—
Meningite cerebro-spinale	10	10	9	10	10	11	8	11	—	—
Poliomielite cutanea ac.	1	6	3	3	5	5	6	6	—	—
Encefalite letargica	2	2	—	—	—	—	1	1	—	—
Dissenteria	3	4	5	6	4	4	3	3	—	—
Pustola maligna	14	15	10	10	9	10	11	12	—	—

Tifo petecchiale. Colera asiatico. Peste bubbonica. — Nessuna denunzia

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 17 Giugno 1935 - XIII Num. 24

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: prof. C. FRUGONI.

Polineurite arsenobenzolica. Epatoterapia nelle polineuriti. Osservazioni sugli accidenti della terapia antiluetica.

Dott. FERDINANDO CORELLI, assistente.

Gli accidenti nervosi che insorgono durante cure arsenobenzoliche costituiscono una complicazione grave e degna della massima attenzione.

Desidero ricordare questo caso di polineurite non solo per la rarità clinica e per la notevole sua estensione, ma anche per l'interesse pratico terapeutico. Infatti il brillante e rapido risultato ottenuto in una forma che ha di solito un decorso lungo e può avere delle serie conseguenze, merita di essere conosciuto, anche perchè non mi è noto che negli accidenti nervosi da arsenobenzolo (come da oro) la terapia epatica sia stata prima d'ora usata.

Non starò a ricordare i vari accidenti che possono insorgere durante cure antiluetiche specialmente arsenobenzoliche, sia in soggetti luetici o meno, solo rammento che oltre ai fenomeni immediati, crisi nitritoidi, ecc., vi sono gli *accidenti cutanei* che dalle semplici manifestazioni eritematose possono arrivare alle gravi e temute dermatiti (di cui ho trattato recentemente un caso con dosi massive di estratti epatici con rapido vantaggio); vi sono *gli accidenti nervosi*, che dalle polineuriti accompagnate o meno da poliradicolite possono arrivare alle mieliti che possono diventare ascendenti a tipo Landry, alle encefaliti ecc.: vi sono le *compromissioni viscerali* specialmente epatiti, nefriti e vi sono *gli accidenti ematici* che dalle porpore piastrino-peniche di solito benigne, possono passare alle agranulocitosi ed alle anemie aplastiche ad esito, queste ultime, quasi sempre letale, come avviene per quelle da benzolo, xilolo, ecc.

Delle emopatie mi sono occupato con particolare riguardo in un altro lavoro, nel quale pure viene ricordato un caso di agranulocitosi da arsenobenzolo curato con rapidissimo e ottimo risultato con l'epatoterapia parenterale.

È da sottolineare che spesso questi vari incidenti prima di arrivare alle gravi e terminali conseguenze, sono preceduti da segni iniziali passeggeri, come reazioni termiche transitorie, eritemi passeggeri, neutropenie, pruriti, orticaria, cefalee, astenie, ecc., tutti segni che se bene interpretati, preludendo spesso accidenti più gravi anche mortali, mettono sull'allarme e fanno anzitutto sospendere il trattamento e intraprendere le cure necessarie evitando dei disastri. Talvolta però tali segni di allarme possono mancare e ciò deve farci ancora più attenti alla eventuale comparsa durante cure arsenobenzoliche anche solo di parestesie, di qualche dolore, di astenia, ecc.

È da sottolineare anche la grande somiglianza che gli accidenti da arsenobenzoloterapia hanno con quelli di auroterapia: infatti i vari accidenti cutanei, viscerali, ematici, nervosi dell'arsenobenzoloterapia, si hanno pure durante l'auroterapia ed anche, sebbene in minor grado, durante la bismutoterapia: l'interesse particolare di tale somiglianza che deriva probabilmente dallo stesso meccanismo patogenetico, sta appunto nella possibile estensione anche a questi della terapia epatica che negli accidenti da arsenobenzolo ha sinora così bene risposto.

CASO (oggetto anche di lezione da parte del prof. Frugoni). — Donna di 23 a., nulla nei famigliari.

Anamnesi fisiologica normale. Abitudini di vita regolari, non fuma. Beve un bicchiere di vino al pasto.

Due anni fa comparvero cefalee fronto-parietali continue e successivamente manifestazioni roseoliformi e maculose a tutto il corpo, durate circa 4 mesi: un anno fa iniziò una gravidanza interrotta spontaneamente in 8° mese con feto morto. In tale occasione una R. W. fu positiva, per cui tre mesi fa iniziò una cura arsenobenzolica per iniezioni settimanali endovenose progressivamente da 0,15 a 0,90, complessivi gr. 3,15.

Già dopo la prima iniezione la cefalea cessò, si ridusse l'astenia e riprese bene nelle condizioni generali che s'erano andate facendo scadenti durante la gravidanza ed aumentò anche di peso.

Intercalate con la cura arsenobenzolica fece anche 20 iniezioni di mercurio, a giorni alterni: sette giorni dopo finita la serie di arsenobenzolo, cioè *20 giorni fa*, cominciò a notare parestesie alle dita della mano sin. con dolori prima lievi poi più forti ai polpastrelli, ed alle masse muscolari del braccio e poi parestesie e dolori anche alla mano destra e successivamente anche agli arti inferiori. S'aggiunsero poi dolori irradiati a cintura al tronco e comparve poi notevole astenia e la stazione eretta e la deambulazione diventarono difficili quindi del tutto impossibili e poichè gli arti si flettevano sotto il peso del corpo fu costretta a letto persistentemente. Più tardi comparve diplopia. Una R. W. fu allora negativa. Per tali disturbi veniva ripresa la terapia arsenobenzolica, furono fatte tre iniezioni di arsenobenzolo (0,30-0,30-0,45) di cui l'ultima il giorno prima dell'entrata in Clinica.

Dopo la prima di queste tre iniezioni comparve difficoltà della fonazione e della masticazione e l'astenia divenne marcatissima ed i dolori aumentarono sì da dover ricorrere anche alla morfina.

Non ha avuto eruzioni cutanee, non tonsilliti, non dolori articolari, non disturbi sfinterici.

Esame obbiettivo: Condizioni generali scadenti. Notevole impronta astenica. Psiche depressa ed irritabile con crisi di pianto. Non alterazioni del respiro. Esame obbiettivo viscerale negativo. Facies amimica. Occhi: strabismo convergente, pupille isocoriche, bene reagenti alla luce ed all'accomodazione. *Paralisi bilaterale dell'abducente.* Dolenzia sui punti di uscita dei n. cranici.

Udito e olfatto normali. *Paralisi bilaterale del facciale* a tipo periferico per cui le guancie non possono essere gonfiate, non può mostrare i denti e non può fischiare, anche le palpebre non possono essere chiuse. La masticazione e la deglutizione si compiono male e stentatamente. La lingua è appena sporta fra i denti.

Riflessi addominali assenti. *Arti superiori*: *areflessia totale*, riduzione marcatissima della forza muscolare in ambedue gli arti, specie alle mani con impossibilità di fare il pugno. L'esame della sensibilità obbiettiva non dà evidenti alterazioni della sensibilità superficiale e profonda; vivo dolore alla pressione dei tronchi nervosi e delle masse muscolari. Non evidente atrofia muscolare, ipotonia notevole.

Arti inferiori: *assenza bilaterale dei riflessi rotulei ed achillei;* forza muscolare molto scarsa essendo appena capace, a stento mentre è a letto, di flettere ed estendere l'arto; ipotonia muscolare, non scosse fibrillari. Notevole dolore alla pressione lungo i tronchi nervosi e sulle masse muscolari. Non alterazioni evidenti della sensibilità superficiale e profonda, Lasègue, non Babinski.

Stazione eretta impossibile perchè la paziente si affloscia su sè stessa.

Ricerche: Urine negative, press. arter. 130/90. Sangue Hb. 65; Gl. R. 3,9; V. G. 0,83; G. B. 9.000; neutrof. 59; eosin. 5; mon. 7; linf. 29.

R. W., M.T.R., Kahn: nel sangue negative.

Puntura lombare: 12 cc. di liquor limpido; press. iniziale 50, finale 25; albumina 0,30 ‰; glucosio 0,67 ‰.

R. Pandy leggermente positiva; R. W. negativa. Cellule 8 per mmc^3.

Reazione del mastice (metodo Goebel): curva a tipo luetico.

Esame elettrico: normale (inizio della sintomatologia 20 giorni fa). Fondo oculare normale. R.o.c. — 16.

Esame laringoiatrico: tonsille atrofiche ridotte ad un piccolo ammasso di tessuto linfatico; con la spremitura si hanno zaffi di secrezione tonsillare.

Colesterinemia: 164 mmg. %. Non segni di diatesi emogenica.

Cuti ed intradermoreazioni coll'arsenobenzolo: negative.

Concludendo: si nota la comparsa dopo la prima serie di arsenobenzolo (totale gr. 3,15) di una polineurite di alto grado con prevalenza dei disturbi motori, benchè anche i dolori siano forti

Essendo stato ripreso il trattamento arsenobenzolico, il quadro morboso ha un rapido aggravamento, allora la paz. tetraparetica, con diplegia facciale e dell'abducente viene in Clinica.

Trattamento e decorso: Fu sottoposta a trattamento epatico: fegato *per os*, 200 gr. al dì, estratti epatici per via parenterale ad alte dosi. Si diede poi anche della stricnina (3 mmg. al dì) e del salicilato Na (3 gr. al dì). Non iposolfito Na o calcico o glucosio e neppure più, naturalmente arsenobenzolo: invece si fece terapia iodica (ioduro Na 4 gr. al dì) e più tardi bismutica per continuare la terapia antiluetica.

Il miglioramento iniziò subito dopo l'inizio della terapia epatica, la stricnina ed il salicilato avendo poco peso in una forma così diffusa e progressiva. Si ridussero dopo pochi giorni, i dolori spontanei e provocati lungo i tronchi nervosi, aumentarono le forze negli arti sì che dopo 20 giorni la paziente poteva stare in piedi ed anche camminare da sola.

Non aveva più diplopia, ed il facciale era tornato quasi normale. Dopo un mese e mezzo la paziente era completamente ristabilita, ed anche i riflessi erano ritornati. Questo tempo in una polineurite così diffusa come nel nostro caso, è ben poca cosa se si confronta la lunga e stentata ripresa, di molti mesi, talvolta con ricadute, che hanno mostrato i casi anche quelli molti più lievi, descritti nella letteratura.

Discussione.

È evidente che in tal caso di tabe non si poteva parlare, sia per la mancanza dell'Argyll-Robertson, dei dolori lancinanti, sia per la lues che è recente, sia per il tipo e la grande diffusione del processo (4 arti, 2 facciali, 2 abducenti), sia perchè: 1) la sintomatologia è insorta rapidamente in un soggetto che con la terapia arsenobenzolica era migliorato dei disturbi che prima aveva; 2) la sintomatologia cominciò alla fine di una cura antiluetica; 3) per i risultati della terapia che ha portato a guarigione.

È evidente che si tratta di una sindrome polineuritica recente rapidamente costituitasi e di grande diffusione.

Di che eziologia? Escluse le polineuriti tossi-infettive: difterite, tifo, influenza, parotite, scarlattina, ecc., poichè ne manca l'eziologia; escluse pure le polineuriti autotossiche: diabete, uremia; le polineuriti da avitaminosi e quelle di origine tossica esogena: oro, piombo, alcool, solfuro di carbonio, tallio, fosforo, bismuto, emetina, quelle cosidette da apiolo, ecc., e quelle che insorgono dopo sieroterapia (antitetanica, antidifterica), la diagnosi differenziale stava specialmente fra la polineurite luetica e polineurite da arsenobenzolo, ecc.: ma la polineurite luetica come ricorda Frugoni (1), insorge in attività di lues e non dopo una cura antiluetica arsenobenzolica e mercuriale; nel nostro caso non si può neppure pensare ad una neurorecidiva; si tratta di una polineurite insorta alla fine di una serie di arsenobenzolo, ed aggravata con la ripresa, prima dell'entrata in Clinica, della cura arsenobenzolica. Questo dato appoggia e conferma l'eziologia arsenobenzolica nel mentre che rende meno probabile la compartecipazione eziologica del mercurio che era stato fatto contemporaneamente e che può sostenere, benchè molto più raramente dell'arsenobenzolo, del bismuto, e specialmente dell'oro, sindromi del tutto simili. Si tratta quindi di una polineurite diffusa, con radicolite, da arsenobenzolo, polineurite a rapido sviluppo e con sintomatologia sensitiva dolorosa notevole, ma con predominante sintomatologia motoria. Sull'insorgenza di questa polineurite, al pari di quanto può dirsi per le polineuriti da auroterapia in soggetti tbc. può anche darsi che la lues abbia pesato, sia per un suo neurotropismo quanto attraverso una compromissione epatica.

* * *

Le polineuriti da arsenobenzoli sono rare.

Kellogg e Epstein (2) ne hanno trovato l'anno scorso solo 37 casi nella letteratura; ma forse sono di più: fra i gravi accidenti della arsenobenzoloterapia le polineuriti sono meno frequenti delle dermatiti, Moore e Keidel (3) hanno visto su 47.000 iniezioni di arsenobenzolo, 2 polineuriti e 21 dermatiti.

Come ho già ricordato, durante cure arsenicali e specialmente arsenobenzoliche, vari accidenti cutanei, viscerali, ematici, nervosi, possono insorgere; alcuni arsenicali poi hanno una tossicità elettiva, così l'atoxil per il n. ottico, l'arsacetina per il n. acustico, perciò è necessaria, durante tali cure con arsenicali sia trivalenti che pentavalenti, una particolare attenzione per individuare subito i primi sintomi, un eritema, una reazione termica, un lieve ittero, una passeggera neutropenia, (importanza di controlli ematologici), qualche parestesia, astenia, cefalea, ecc. per evitare per lo meno le gravissime conseguenze, anche mortali, cui si può arrivare continuando il trattamento. Non si può escludere per es. che nel nostro caso, nel quale c'erano pure segni di radicolite, come è avvenuto un aggravamento della

(1) C. Frugoni. *Della polineurite sifilitica primitiva in periodo terziario.* Rif. Med., 1909, n. 1.

(2) Fred, Kellogg e N. N. Epstein. *Polyneuritis following Neoarsfenamine Therapy.* Arch. derm. and. Syph., agosto 1934, pag. 521.

(3) Moore e Keidel. *Dermatitis and allied reactions following the Arsenical treatment of syphilis.* Arch. of. Int. Med., 27, 716, giugno 1921.

sintomatologia preesistente e comparsa di diplegia facciale e dei disturbi della deglutizione, alla ripresa della terapia arsenobenzolica, se questa fosse stata ulteriormente continuata, si sarebbe arrivati anche ad una compromissione del frenico e del vago e ad una sindrome ascendente di Landry, come è stato visto talvolta anche nelle polineuriti da auroterapia, a decorso rapidamente mortale.

Tali complicanze poi durante cure arsenobenzoliche non sono tanto rare come si crede, forse alcune sfuggono alla diagnosi ma se vengono bene interpretate può darsi si trovino un po' più frequentemente.

Sarà una coincidenza come può avvenire per casi piuttosto rari, di cui talvolta se ne possono vedere alcuni assieme e poi non se ne vedono più per lungo tempo, ma noi nello spazio di pochi mesi abbiamo visto quali accidenti da arsenobenzoli una agranulocitosi, una dermatite e questo caso di polineurite.

L'interesse di questa polineurite oltre che dal lato clinico, per la notevole estensione e progressione della sintomatologia, sta nei risultati terapeutici che furono particolarmente rapidi in confronto a quello che è il decorso abituale di tali forme, che talvolta si prolungano per molti mesi, ribelli alle terapie usuali (stricnina, salicilati, iposolfito di sodio, elettricità, massaggi, ecc.).

Non mi consta che finora sia mai stata applicata l'epatoterapia negli accidenti nervosi da arsenobenzoli: noi l'abbiamo usata in seguito a nostre ricerche sperimentali, nelle quali abbiamo osservato che nell'intossicazione sperimentale con dosi medie di neosalvarsan, i conigli trattati con estratti epatici (pernaemon) riprendono meglio e più rapidamente dei controlli, concordando in ciò con le osservazioni di Spiethoff; ed abbiamo visto pure che trattando dei conigli con estratti epatici sottocute ed endovena contemporaneamente al neosalvarsan, si possono far sopportare ai conigli le dosi mortali di neo ed anche, in qualche caso, dosi superiori a quella mortale per i controlli.

È noto d'altra parte che anche negli accidenti cutanei sono già stati ottenuti dei buoni risultati con l'epatoterapia, (Spiethoff, Milbradt, Helle, Fulst e Fellner, Zolessi) anch'io come ho già accennato sopra, ho ottenuto un ottimo risultato in una dermatite solo con l'epatoterapia parenterale, senza iposolfito di sodio, senza calcio, glucosio od altro.

La terapia epatica che ha in tali casi, come pure in sindromi di insufficienza epatica, in casi di itteri da arsenobenzolo, ecc. (Villaret, Justin-Besançon e Desoille) così favorevole azione curativa, viene indicata anche partendo dal concetto che si tratti di fenomeni tossici, secondo altri allergici, secondo noi probabilmente allergotossici, che insorgono in soggetti con precedenti epatici, ipoepatismo, con insufficenza epatica, sia pure lieve e latente, come spesso si nota con le prove della funzionalità epatica. Questo terreno di ipoepatismo costituirebbe la base su cui si impiantano tali fenomeni complicativi i quali appunto per la particolarità del terreno in cui si sviluppano anche per dosi del medicamento relativamente piccole e certo non tossiche per la maggioranza dei soggetti, possono assumere particolare gravità.

Desidero a questo punto ricordare anche le sindromi nervose che possono accompagnare varie affezioni fra cui specialmente le anemie ed in particolar modo quella perniciosa (sindromi di Lichtheim), che talvolta sono bene influenzate dall'epatoterapia.. Io ho sott'occhio tre di questi casi nei quali con l'epatoterapia non solo l'anemia fu ottimamente curata (sì che in una donna si è potuto avere una gravidanza normale (*Min. Med.*, 1935) ed in un uomo anche la vis. sessualis che era completamente offuscata), ma sono pure scomparsi in gran parte i sintomi nervosi atassici, le parestesie e sono ricomparsi i riflessi.

Ricordo che le varie affezioni che possono dare queste sindromi nervose sono appunto quelle che possono dare una certa frequenza le polineuriti, essendo noto che vi sono le polineuriti anemiche in campo di a. perniciosa e non perniciosa, che vi sono le polineuriti avitaminotiche, pellagra, beriberi, scorbuto.

L'eziopatogenesi delle sindromi neuroanemiche è tuttora oscura e discussa come lo sono ugualmente i rapporti che passano fra anemia e sindrome nervosa, rapporti che forse non sono di causa ad effetto. Non si sa neppure come l'epatoterapia che agisce sulla sindrome anemica possa talvolta, specialmente se all'inizio, bene influenzare anche la sindrome nervosa. Non pare che l'epatoterapia agisca sulla sindrome nervosa solo secondariamente attraverso al miglioramento ematico e delle condizioni generali, vi sono casi che non traggono giovamento e continuano il loro decorso anche dopo il miglioramento ematico, mentre vi sono dei casi con scarsa sintomatologia anemica e con predominante sintomatologia nervosa nei quali il fegato può dare ottimi vantaggi.

Io ricordo i vantaggi che l'epatoterapia dà in queste sindromi nervose di Lichtheim e

quelli che essa può dare nelle polineuriti (ed altre forme nervose) perchè forse attraverso l'azione benefica esplicata dal fegato in ambedue, benchè grandi differenze cliniche ed anatomopatologiche esistano, si potrebbero trovare tra le due forme dei punti di contatto specialmente fra quei casi di sindromi di Lichtheim in cui la sintomatologia è prevalentemente polineuritica.

E se è vero che l'azione del fegato nelle polineuriti, come noi ammettiamo, è prevalentemente un'azione antitossica potrebbe essere appunto attraverso questa azione che esso agisce nelle sindromi nervose di Lichtheim ed allora si verrebbe indirettamente anche ad appoggiare la teoria tossica patogenetica di queste sindromi. Quale sia e come si sviluppi questo supposto fattore tossico e quali siano i suoi rapporto con la sindrome anemica è ancora ben difficile dire, perciò non voglio allungarmi su questo punto che è di particolare difficoltà (4).

Di particolare interesse poi è il problema della condotta del trattamento antiluetico in soggetti che hanno mostrato precedentemente fenomeni di intolleranza.

In questi pazienti al primo apparire dei disturbi si consiglia di interrompere il trattamento in causa, sia esso arsenobenzolico, bismutico, aurico, mercuriale, nel mentre che viene indicata la sorveglianza della funzionalità epatica, e può essere indicata, già dall'inizio della cura e particolarmente in quelli che hanno precedenti epatici tanto più se mostrano anche piccoli segni di insufficenza epatica (glicemia, galattosuria provocata), il contemporaneo trattamento con estratti epatici.

Nei soggetti poi che hanno mostrato fenomeni di intolleranza agli arsenobenzoli si consiglia di seguitare con trattamento bismutico, mercuriale e iodico. Tuttavia anche durante queste cure deve porsi particolare attenzione perchè questi soggetti possono mostrare fenomeni di intolleranza anche a successivi trattamenti con altri antiluetici, poliintolleranza come è avvenuto che soggetti i quali ebbero accidenti da arsenobenzolo li hanno avuti successivamente anche con l'auroterapia e viceversa.

Interessanti al riguardo della profilassi, sono le osservazioni di Rebaudi il quale partendo dall'osservazione di Figari e Sivori, Sivori e Menniti, che gli aminoacidi hanno una particolare proprietà disintossicante, è riuscito iniettando l'arsenobenzolo sciolto nell'aminoacido epatico (epatoamina) a far sopportare ai suoi pazienti delle dosi molto superiori a quelle comuni ed anche a continuare il trattamento in pazienti che avevano mostrato segni di intolleranza.

Si potrà riprendere allora il trattamento arsenobenzolico nella nostra paziente, seguendo queste indicazioni? Mi sembra che se si potrà con le indicazioni di Rebaudi continuare il trattamento in quelli che hanno presentato modici segni di intolleranza, una grandissima prudenza. prima di riprendere il trattamento incolpato, sia ancora necessaria, specie in quelli che hanno presentato fenomeni gravi, fenomeni nervosi, ematici, e le temute dermatiti, anzi vi sia ancora una netta controindicazione.

Nella nostra paziente abbiamo fatto terapia iodica e dopo miglioramento terapia bismutica. Le condizioni generali sono rifiorite, la R. W. è negativa e non verrà ripresa la terapia arsenicale.

***

Abbiamo quindi un caso di polineurite diffusa da arsenobenzolo la quale ha tratto netto giovamento dalla terapia epatica intensiva: benchè su un caso solo sia difficile trarre deduzioni, tuttavia, partendo dalle nostre ricerche sperimentali sull'azione antitossica degli estratti epatici e per analogia a quanto si osserva nelle epatiti e nelle dermatiti da arsenobenzolo, nelle quali la terapia epatica è il trattamento migliore attualmente a disposizione, al pari di quanto noi abbiamo osservato per l'agranulocitosi da arsenobenzolo, si può avanzare qualche ipotesi:

1) che non solo nelle polineuriti e radicoliti, ma anche negli altri accidenti nervosi (zoster, mieliti, encefaliti ecc.) da arsenobenzoloterapia, la cura epatica è indicata, tanto più che tali affezioni, di cui si conosce la gravità, da ben pochi mezzi terapeutici traggono giovamento. L'epatoterapia è raccomandata specialmente nella fase prima, nella fase acuta del processo, anche perchè ben si comprende che quanto più ci si allontana dalla fase iniziale e lesioni gravi si sono costituite, tanto più difficile sarà ottenere dei buoni e rapidi vantaggi;

2) data la grande somiglianza non solo clinica ma verosimilmente anche patogenetica, che tali accidenti hanno specie con quelli da oro, ed anche da bismuto, mercurio ecc., si può dedurre che pure negli accidenti da tali terapie, il fegato potrebbe trovare la sua indicazione e non si giudichi eccessivo se si

(4) Vedi discussione in MARCOLONGO: *La patogenesi delle lesioni spinali nell'anemia perniciosa.* Min. Med., 1933.

ricorda che tale terapia, come pure quella con gli aminoacidi, potrebbe essere utile anche nelle altre polineuriti tossiche: da piombo, alcool ecc.

Il concetto teorico su cui l'indicazione di tale terapia si basa è logico e può essere applicato tanto più che, come si disse, nelle affezioni da auroterapia, da piombo, bismuto, alcool ecc., non si dispone di una terapia che sia a priori più efficace di quella qui indicata, la quale ha l'appoggio sperimentale.

Ne viene ora una domanda cui non è certo facile rispondere: Quale sarà il meccanismo d'azione dell'epatoterapia in questo campo? È questo un problema ancora sotto giudizio e che si ricollega strettamente con quello tuttora discusso del meccanismo patogenetico degli accidenti stessi. Si sa che nell'anemia perniciosa gli ottimi vantaggi che ogni giorno si ottengono con la terapia epatica sono attribuiti alla presenza del principio antianemico, ma al di fuori dell'anemie ipercromiche in senso lato, il meccanismo d'azione forse è diverso.

In un lavoro precedente sulle agranulocitosi da piramidone e sull'epatoterapia nelle agranulocitosi primarie e secondarie, discutendo questo problema io pensavo che l'ottima e rapida azione terapeutica manifestata dal fegato nelle agranulocitosi fosse da collegarsi più che alla presenza del principio antianemico in sè, alla presenza negli estratti di fegato, di adenosina e di acido adenilico, che hanno, come ho controllato in successive ricerche, una netta azione leucocitogena anche in soggetti affetti da leucopenie resistenti, anemia perniciosa per esempio.

Io sarei però molto incerto ad ammettere questa spiegazione, che se può valere per le agranulocitosi, probabilmente non regge per le polineuriti e per le dermatiti da arsenobenzolo.

Anche la probabile azione antiallergica degli estratti epatici che secondo altre mie ricerche non è risultata così evidente come qualche autore avrebbe visto, forse non ha grande importanza in questo campo. Ad essa si poteva pensare poichè nel meccanismo patogenetico degli accidenti da arsenobenzolo oltre a quella tossica anche la componente allergica ha, specialmente in alcuni casi ed in terreni particolari, notevole parte. Anche noi, per esempio, abbiamo ammesso per le agranulocitosi da piramidone un fattore allergico, locale, istiogeno, midollare, come lo ammettiamo per quella da arsenobenzolo, come è detto in altra nota.

Ma nella patogenesi delle varie complicazioni da arsenobenzoloterapia forse una azione mista, allergotossica determinatasi in particolari terreni, ha la parte principale.

Abbiamo sopra ricordato le nostre ricerche sull'azione antitossica degli estratti epatici. È specialmente attraverso a questa azione, sia pure ammettendo una contemporanea non dimostrata azione antiallergica, che si potrebbe spiegare il meccanismo d'azione dell'epatoterapia all'infuori delle anemie ipercromiche perniciose e perniciosiformi.

Probabilmente poi l'azione disintossicante è diversa da estratto ad estratto, forse in rapporto ai diversi metodi di estrazione e di purificazione, forse estratti ugualmente attivi nell'anemia perniciosa non esplicano la stessa azione nelle condizioni morbose sopra ricordate. In tal modo si possono spiegare gli insuccessi che qualche A. ha avuto, per es., nella terapia della agranulocitosi, insuccessi che sono in contrasto con i brillanti risultati ottenuti da altri, così come è avvenuto per le dermatiti.

Il problema tuttavia è difficile, è ancora recente e lontano dall'essere risolto, esso è tuttora oggetto di studio perchè è di particolare interesse anche per applicazioni successive, il poter stabilire a quale componente, a quale frazione dell'estratto epatico (all'infuori del principio antianemico) è attribuibile l'azione terapeutica in tale campo ed attraverso a quale preciso meccanismo tale azione si manifesti.

È sperabile che si possano con successive ricerche, chiarire questi punti di capitale importanza in modo da poter estendere i limiti e le applicazioni di questa terapia che, introdotta con così grande successo nella terapia dell'anemia perniciosa, comincia a dare anche all'infuori di essa degli utilissimi vantaggi.

RIASSUNTO.

È ricordata una polineurite diffusa e grave, prevalentemente motoria (tetraparesi con ariflessia totale, diplegia facciale e diplegia degli abducenti, dolori ai tronchi nervosi ed alle masse muscolari) insorta in una leutica di 23 anni, dopo la prima serie di neoarsenobenzolo (gr. 3.15), aggravata con la ripresa della terapia e curata con ottimi risultati con la terapia epatica intensiva cui si aggiunse stricnina e salicilato Na e iodio, sì che in un mese e mezzo la paziente era guarita.

L'interesse del caso oltre che nella rarità e nel quadro clinico così esteso, sta nel rapido

risultato terapeutico ottenuto con la terapia epatica in una forma che di solito ha un decorso molto lungo e ribelle alle terapie usuali.

Basandosi su proprie ricerche sperimentali in cui si rileva l'azione antitossica degli estratti epatici (conigli intossicati con neosalvarsan e poi trattati con estratti epatici riprendono più rapidamente dei controlli — osservazione anche di Spiethoff —, conigli trattati contemporaneamente con neosalvarsan e con estratti epatici sopportano dosi maggiori dei controlli, e talvolta anche la dose mortale o maggiori della mortale), ed avendo ottenuto brillanti risultati in altri gravi accidenti da arsenobenzoloterapia (agranulocitosi e dermatite), l'A. propone l'epatoterapia orale e particolarmente parenterale intensiva e precoce, nei vari accidenti nervosi da arsenobenzolo: zoster, polineuriti, radicoliti, mieliti, encefaliti.

Per l'analogia clinica e verosimilmente patogenetica che esiste fra questi accidenti e quelli da altre chemioterapie, specialmente auroterapia, l'A. pensa, benchè non l'abbia ancora controllato, che la terapia epatica condotta intensamente, specie negli stadi iniziali delle affezioni, possa riuscire utile anche in questi e nelle varie polineuriti tossiche (piombo, alcool ecc.) e nei loro fenomeni tossici generali.

Il meccanismo d'azione dell'epatoterapia in tutte queste affezioni potrebbe, secondo l'A., manifestarsi prevalentemente se non esclusivamente in via antitossica.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALI RIUNITI DI SALERNO
Direttore: Prof. RAFFAELE LETTIERI.

Sulla Roentgenterapia delle laringiti tubercolari.

Prof. GASTONE BECCHINI, primario radiologo.

Mi accingo a questa breve nota con l'intento di volgarizzare più di quanto lo sia e quanto lo meriti quella che ormai oggi devesi considerare una acquisizione della roentgenterapia.

La roentgenterapia contro le laringiti tubercolari non gode ancora di quella vasta applicazione che i vantaggi che essa arreca le dovrebbero riconoscere, e ciò specialmente, ove si tenga presente che contro di essa (naturalmente applicata da chi dell'arte), come contro partita, non esistono, si può asserire impunemente, conseguenze dannose o spiacevoli, ma, al massimo nullità di azione.

Ho l'impressione che non siano estranei a questo assenteismo verso la cura radiante della l.t. i timori che per un lasso di tempo non breve hanno accompagnato la radioterapia in cancerologia: intendo alludere agli spauracchi dell'edema della glottide ed a quello delle radionecrosi cartilaginee. Accidenti, i due, deprecabili notevolmente, dei quali non mancano documentazioni nella letteratura, ma sui quali si è decisamente esagerato; spauracchio grave, gravissimo, quello dell'edema della glottide, possibile a determinarsi, anche con rigorismo di tecnica, per certe date condizioni che noi, genericamente, diciamo di spiccata radiosensibilità locale, e relativamente alle quali non possediamo alcun dato esplicativo biologico, ma, eventualmente, solo come conseguenza dell'applicazione di quantitativi radianti decisamente superiori a quelli che necessitano per la forma tubercolare. È nei trattamenti attinici delle neoplasie laringo-faringee, infatti, neoplasie dotate di una spiccata radioresistenza legata all'organo più che ad una speciale costituzione istologica, e come tali abbisognevoli di elevati dosaggi radianti, che si è potuto, molto sporadicamente, verificare a termine di cura od a cura inoltrata, qualche accidente edematoso. E che in argomento si sia esagerato lo prova del resto luminosamente la tecnica radium-roentgen che molti radioterapeuti applicano oggi, con successo, in cancerologia laringea quando intraprendono a radiotrattare senza imporre, come una volta, la tracheotomia preventiva: io stesso annovero nella mia pratica numerosi cancri laringei

roentgentrattati senza tracheotomia e senza lamentare alcuna complicanza spiacevole.

Relativamente alle condronecrosi poi ritengo che si sia esagerato ancor più data la loro addirittura sporadica possibilità anche con rilevanti somministrazioni di energia radiante. Se ne ricorda qualcuna verificatasi molti anni addietro in Germania ove si trattava il cancro laringeo con una tecnica che, se può essere discutibile per altre contingenze, è, secondo me, addirittura inadatta al caso: con una dose, cioè, massiva, in seduta unica; in altri paesi ove a tal sistema si contrappone il criterio di spaziare nel tempo le radiazioni necessarie tale spiacevole sequela si può dire è rimasta sconosciuta. Qualcuno a sostegno della particolare vulnerabilità delle cartilagini ha parlato di condronecrosi con dosi addirittura minime: necrosi che sarebbero intervenute, cioè, con dosi adatte al trattamento di eczemi, o di sicosi della barba o a quelle per linfoadenie tubercolari: dosi, cioè, inferiori o equivalenti a quelle usate per la laringite tubercolare. L'unicità, più che la rarità di tali casi, dinanzi alle migliaia e migliaia di radiotrattamenti cutanei o ghiandolari cervicali eseguiti dai radiologi di tutti i paesi e non seguìti da tale sequela autorizza a ricercare la causa di tale evenienza in qualsiasi altro fattore minorante la resistenza della parte fuorchè nelle radiazioni.

I concetti direttivi della terapia contro le laringiti tubercolari li possiamo oggi considerare nettamente tracciati per quanto riguarda il tipo anatomo-clinico della forma che può beneficiarne. Mentre in un primo periodo, specialmente per opera del Riekmann (1924), si sono riservate al trattamento X soltanto le forme a tipo produttivo, escludendo in modo assoluto le forme genericamente indicate come evolutive, oggi tale esclusione è sorpassata, e tutti gli AA. che si sono occupati dell'argomento e fra i quali figurano in prima linea molti italiani (Attili, Parola, Tartagli, Ferreri ecc.) sono unanimamente concordi nel riconoscere che non c'è alcuna ragione per escludere dalle possibilità del beneficio terapico anche le forme essudative. Io mi associo pienamente a tal punto di vista per non avere avuto a lamentare alcunchè di increscioso nella cura roentgen di forme estesamente ulcerative ed edematose: qualche lieve esacerbazione dolorifica o disfagica che in qualcuno di questi ammalati può manifestarsi come conseguenza immediata delle prime applicazioni, oltre non essere affatto costante è sempre transitoria e mai assurge a gradi da destare preoccupazione: nella mia casistica, che si compendia in 17 casi. sei sono le forme ulcerative: di essi soltanto in due ebbi a rilevare qualche lieve esacerbazione dolorifica dopo la prima o la seconda applicazione: esacerbazioni che si protrassero al massimo 24-48 ore per poi dileguare completamente e cedere invece posto ad una miglioria soggettiva (miglioria che invece, di norma, è precocissima) che si compendia in una diminuzione del dolore spontaneo o durante i colpi di tosse e della disfagia: diminuzione del dolore che generalmente in breve, qualunque sia il titolo della lesione, arriva gradatamente alla scomparsa di esso costituendo tale decorso l'appannaggio più costante e più immediato della terapia della l.t. Comunque ho l'impressione che anche quelle lievi esacerbazioni dolorifiche transitorie di cui ho fatto testè cenno possono facilmente evitarsi ricorrendo nelle forme ulcerative ad un trattamento condotto fin dall'inizio in forma più blanda; è così agendo, infatti, che nei quattro restanti casi ulcerati io non assistei ad alcun, pur transitorio, peggioramento soggettivo; dicendo delle dosi ritornerò brevemente in argomento.

Se è pacifico che tanto le forme produttive che le evolutive possono e debbono venire irradiate è altrettanto acquisito però che i resultati definitivi che si hanno nel primo tipo sono di gran lunga più notevoli e più costanti di quelli ottenuti negli ammalati del secondo tipo, e che se non è infrequente poter registrare fra le forme produttive delle guarigioni oltrechè cliniche anche anatomiche ed assistere talora a complete deterzioni laringee, tale possibilità non occorre, o per lo meno eccezionalmente, nelle forme evolutive ove l'ulcerazione mostra sovente una tenace persistenza: essa si riduce, assiste all'attenuarsi od alla scomparsa dell'edema che spesso le tiene compagnia, ma per scomparire, *se vi riesce*, impiega mesi e mesi. In tali forme la miglioria soggettiva, che sempre ha per base, in maggiore o minore grado, una modifica anatomica (diminuzione di rossore, di edema, e di infiltrazione) più che la guarigione anatomo-patologica, ripetiamo se non eccezionale rara, deve costituire il fine cui mirare con il trattamento.

I maggiori resultati che si registrano nelle laringiti t.b.c. produttive, ove l'infiltrazione, cioè, costituisce l'essenza del quadro anatomico, sono in diretta correlazione con quello che si sa essere il meccanismo di azione delle radiazioni X negli infiltrati t.b.c. In base a ricerche sperimentali si è potuto stabilire che l'azione dell'energia radiante si compendia, in queste forme, essenzialmente in un'attività sclerosante degli elementi connettivali che at-

torniano il tubercolo, venendosi in tal modo a determinare un ambiente non adatto alla vitalità del bacillo; processo di sclerosi, però, che più che da un'azione diretta dei raggi sugli elementi cellulari pare sia determinato da un'azione eccitante che eserciterebbero sulle cellule connettivali illese sostanze simili a corpi proteici ed alla tubercolina che si produrrebbero dalla distruzione che i raggi determinano, dei linfociti e dei leucociti.

Il tipo, direi, preventivo più che direttamente curativo dell'azione dei raggi X contro gli infiltrati t.b.c. ci dà ragione della sua minore efficacia dinanzi ai processi ulcerativi per i quali occorrerebbe un'azione che oltre creare circostantemente (cicatrizzando) un ambiente sfavorevole per il germe, facilitasse la riparazione di tutti quei tessuti caseificati, necrotici ed in preda a processi infiammatori da associazione batterica che costituiscono l'essenza della lesione e che hanno perduta ogni possibilità di dar ricetto in seno a loro a qualsiasi processo sclerosante: un'azione del genere i raggi X, in ambiente tubercolare, non la esercitano con facilità.

Fra i disturbi della l.t. (di qualunque tipo essa sia) il primo che cede è il dolore: l'attenuazione di esso talora è precocissima: si può registrare già dopo qualche ora dalla prima applicazione: di norma però essa inizia dopo le 24 ore e va quindi via via sempre più marcandosi fino ad ottenersi, entro periodi variabili da caso a caso, ma di norma entro due-tre settimane, la scomparsa di ogni sensazione dolorosa e di ogni disturbo disfagico.

Tale risultato è, ripeto, di norma così evidente e precoce da essere spessissimo ipervalorizzato, dagli stessi ammalati, per quello che è concetto prognostico definitivo.

La disfonia può anch'essa modificarsi, però non precocemente come il dolore nè sempre completamente.

Le modifiche locali anatomiche sono le più varie: il dato riferito che accanto a guarigioni anatomiche complete raggiungibili nello spazio di 3-4-5 mesi coesistono forme non suscettibili di riparazione lascia comprendere quanto varia possa essere la gamma dei rilievi laringoscopici dopo la terapia.

La questione del dosaggio e del tecnicismo di irradiazione non ha, secondo me, eccessiva importanza in argomento; resultati ugualmente buoni sono riferiti da AA. vari con l'uso di tecniche assai diverse (anche per il quantitativo) fra loro; a tale constatazione se un valore si deve dare le si dia come deponente della buona radiosensibilità del processo tubercolare (produttivo) anche nel laringe. Ho voluto di persona convincermi di quanto ho testè affermato attuando su forme produttive, fra loro equivalenti, delle tecniche diverse e somministrando qualità ed anche quantitativi diversi di raggi: i resultati sono stati del tutto sovrapponibili. Ho irradiato, avvicinandomi a quanto fa l'Attili, con forte filtrazione (0,5 Cu-1 All) tre campi (2 laterali e 1 anter.) a giorni alterni da 30 cm di D. F. con 150 kw e somministrando 250 r. per ogni campo e per ogni seduta, salvo ripetere il ciclo dopo 30-40 giorni, ed ho irradiato con filtro di 4 mm. di All., da 25 cm. di D. F., due campi (soltanto i laterali) a distanza di sei giorni l'uno dall'altro, ritornando su ogni campo per due volte, ogni volta con 3 H e ripetendo l'intiero o parte del ciclo dopo un mese dall'ultima irradiazione.

Nelle forme ulcerative ho distribuito per seduta dosaggi più ridotti: 2H, ed egualmente ho fatto per le forme produttive nei ragazzi.

Ho ottenuto resultati equivalenti con le due tecniche: talora facendo uso della prima si guadagna in tempo: essa però la ritengo da eliminarsi senz'altro nelle forme ulcerose o notevolmente edematose.

Voglio richiamare su un dettaglio che può facilitare la diffusione del trattamento X contro le l.t. nei sanatori ove generalmente l'impianto radiologico si basa soltanto su un apparecchio per diagnostica sui 100 kw.: ebbene con tali apparecchi si può attuare benissimo il secondo tipo di terapia da me descritto facendo delle sedute di 8-15 primi (con 1-2 MA) ed ottenendo quanto si può sperare dalla roentgenterapia.

RIASSUNTO.

L'A. si intrattiene sulla utilità della roentgenterapia delle laringiti tubercolari sia del tipo produttivo che evolutivo. Accennato al meccanismo di azione dei raggi X su tale processo ed alle sequele benefiche che all'applicazione loro fanno seguito accenna alle dosi, alla tecnica e dice come un tipo di essa possa attuarsi anche con gli apparecchi radiologici per diagnostica (100 kw.) che generalmente sono in uso nei sanatori.

BIBLIOGRAFIA.

ATTILI. Rad. Med., 1934, n. 3.
DEBICKI. Stralenther, B. 18, H. 1, 1924.
FERRERI. Le Forze Sanitarie, 1933, n. 26.
FRATINI. Quader. Radiol., anno III, fasc. 6.
PAROLA. Tubercolosi, 1931.
RIECKMANN. *Die Roentgenbehandlung der Lungen und K. T.* Lipsia, 1924.
STRANBERG. Journ. of Amer. Med. Ass., vol. 90, n. 20, 1928.
TARTAGLI. Riv. di Rad. e Fis. Med., 1930.
ZANGE. Strahlenterapia, vol. 48, fasc. 4.

TECNICA CHIRURGICA

Raccolta intracranica post-traumatica comprimente il cervello evacuata con ago perforatore. Guarigione.

Prof. GUIDO EGIDI, Chirurgo Primario dell'Ospedale di S. Spirito - Roma.

Tre anni fa (1) feci trasformare la punta dei comuni aghi da iniezione o da puntura esplorativa in modo che risultassero eguali a punte di trapano. Tali aghi, ruotati con un piccolo motore elettrico, forano le ossa; poi distaccati dal motore servono agli usi abituali. L'ago ruotando fora anche i tegumenti; l'anestesia, quando è richiesta è limitatissima. Estratto l'ago, sulla pelle non resta che un foro pari a quello di una comune puntura.

Usato per punture craniche, l'ago scava nell'osso un canaletto nel quale è contenuto esattamente e per muoverlo occorre un certo attrito; penetra nel cervello esattamente nella direzione nella quale è stato perforato il cranio; quindi non può produrre che un foro.

Se potesse esser mosso di lato o in alto o in basso, produrrebbe lesioni simili a tagli. Giova esser certi che tali pericolosi movimenti non possano avvenire.

Se occorre muovere il capo, mentre l'ago è infisso, i movimenti possono esser compiuti senza pericolo che l'ago si sposti.

Tali occorrenze si verificano quando, avendo punto un ventricolo cerebrale, si voglia, per contrasto radiografico, sostituire il liquido con aria e, in qualche caso, per far radiografie in pose diverse mentre l'ago è ancora nei ventricoli.

Le circostanze che più frequentemente danno occasione a punture cerebrali sono la ricerca di ematomi, di ascessi o dei ventricoli cerebrali. Di solito si tratta di formazioni che difficilmente sfuggono all'esplorazione con aghi; ma vi sono casi nei quali la puntura riesce negativa e può sembrar opportuno ripeterla nella stessa regione cambiando alquanto la direzione dell'ago.

Ciò si può fare estraendo l'ago fino a riportarne la punta nello spessore dei tegumenti e forando poi nella nuova direzione il cranio ed il suo contenuto.

La seconda perforazione avviene speditamente come la prima.

Ma, contro un tal modo di procedere c'è da obbiettare che, se una sola puntura può essere considerata innocua per il cervello, non si debbono ritenere egualmente innocue più punture che traversino una accanto all'altra la stessa zona di cervello.

I casi che richiedono di ripeter le punture si incontrano specialmente nella ricerca dei ventricoli cerebrali quando i ventricoli siano ridotti di volume, perchè compressi oppure spostati dalla normale sede.

La riduzione di volume e lo spostamento non interessano quasi mai tutto un ventricolo e, in genere, un ventricolo difficilmente reperibile da una regione lo è facilmente da un altra. Perciò, se un ventricolo non venga trovato con la prima puntura, è conveniente cercarlo pungendo in altra sede.

In generale si può ritenere che chi si disponga a far punture cerebrali debba esser preparato a farne più di una.

Per lo studio dei ventricoli cerebrali occorrono due punture; una per lato e spesso in uno dei lati occorre pungere in più di una regione. Per la ricerca di ascessi o di ematomi possono occorrere due, tre o più punture in sedi diverse.

Prima di pungere, alcuni vogliono scoprir la dura madre e vederla allo scopo di evitare lesioni vasali. Allora occorre far trapanazioni di un centimetro almeno; atto al quale si può riconoscere una gravità non grande, ma non si può attribuire vantaggio alcuno, perchè essa non permette di vedere che i vasi della dura madre, i quali avendo sede determinata, possono essere sicuramente evitati evitando di pungere la regione che li contiene.

Se si volessero evitare i vasi piali, occorrerebbe incidere la dura madre e suturarla dopo la puntura. La trapanazione necessaria a far ciò non potrebbe più essere molto piccola e l'atto operativo, in casi di iperpressione, esporrebbe al pericolo di fistole di liquido e ad ernie cerebrali.

In realtà il pericolo di leder vasi piali è trascurabile, mentre, anche senza incidere la dura, una trapanazione anche piccola espone al pericolo di emorragie o di ematomi.

Mi sembra che un atto diagnostico da usare correntemente, spesso ripetutamente nello stesso soggetto, possa tanto più volentieri essere usato quanto più sia mite.

* * *

Il modo di praticar la puntura cranica come vera puntura, attraverso le parti molli forate e non incise è stato già da anni insegnato da Neisser e Pollak i quali fecero anche costruire uno speciale strumentario mediante il quale

(1) Ago da puntura esplorativa, perforatore del cranio. Policlinico, Sez. Prat., 1932.

si immobilizzano i tegumenti e si perforano insieme col cranio, poi nel foro si introduce un ago. La larga applicazione che essi ne fecero valse a dimostrare i pregi del metodo ed a dare assicurazione della sua innocuità.

Rispetto allo strumentario dei predetti AA. il mio ago perforatore rappresenta una semplificazione notevole.

Mediante esso, nel mio Ospedale, la puntura cranica è divenuta un atto che può essere eseguito ovunque come la puntura esplorativa di parti molli.

Le precauzioni più grandi che sono necessarie riguardano la posizione da dare al capo, la direzione da dare all'ago e la profondità alla quale l'ago deve penetrare.

La posizione del capo ha importanza specialmente quando si tratti di pungere i ventricoli per vuotarli del liquido e riempirli d'aria.

Occorre che la puntura avvenga da un tratto declive, affinchè il liquido possa uscire facilmente e l'aria non abbia la possibilità di sfuggire fino a che i ventricoli non siano pieni.

La pressione nei ventricoli non sempre è tale che appena l'ago vi penetri il liquido zampilli. Se si punge un ventricolo nella parte più elevata spesso il liquido non esce spontaneamente o ne esce solo poco; se si punge un soggetto adagiato su un lato in modo che dei due ventricoli uno sia situato più in alto e l'altro più in basso,. spesso il liquido non esce che dal ventricolo situato in basso. Segno che in tutti due la tensione è poco elevata e che il liquido non uscirebbe da alcuno se su quello più basso non gravasse il peso della colonna liquida soprastante all'ago. Questa osservazione suggerisce di pungere i due ventricoli in tratti declivi e perciò dall'occipite in pazienti supini e dalla fronte in pazienti proni.

Una volta iniziato il deflusso del liquido, si può accelerarlo iniettando aria; se il liquido non comincia a defluire spontaneamente non conviene esercitare aspirazioni, perchè l'ago potrebbe non essere ancora entrato nel ventricolo e restar ostruito dalla sostanza cerebrale.

È ben vero che i ventricoli dilatati si raggiungono facilmente; ma prima della puntura non abbiamo sulla loro ampiezza che presunzioni le quali possono esser fallaci; perciò ha molta importanza la direzione che si dà all'ago ed il poterne in ogni momento conoscere l'orientamento rispetto ai punti notevoli del cranio. A questo scopo io esigo che il capo sia completamente scoperto e faccio uso di un indicatore che mi son fatto espressamente costruire.

Occorre inoltre che l'ago sia di lunghezza nota, cosicchè la parte che emerge dal cranio dia per differenza la misura della parte infissa.

Quando si ricerchino i ventricoli servono aghi della lunghezza di quelli da puntura lombare; quando si ricerchino ematomi bastano aghi più corti e si possono anche usare aghi più grossi.

Generalmente la puntura per ematomi ha scopo diagnostico. Essa viene eseguita in luoghi tipici che sono i seguenti:

1) punto temporale anteriore

2) punto temporale posteriore,

situati in corrispondenza dei punti di Kroenlein per la ricerca dei rami anteriore e posteriore dell'arteria meningea media e spostati un po' indietro allo scopo di evitare lesioni dei detti vasi;

3) punto frontale, situato lungo la verticale che passa per il mezzo dell'arcata sopraorbitale, 5 cm. sopra di essa;

4) punto interemisferico, situato 1 cm. e mezzo all'esterno del bregma;

5) punto occipitale; situato un cm. sotto il punto di mezzo della linea che unisce l'inion alla punta del processo mastoideo.

Comincio a pungere in quello di essi che secondo la sintomatologia è più probabile sede di versamento; poi secondo i risultati e secondo le probabilità che restano pungo gli altri.

La profondità alla quale occorre giungere è poca. Tanto se l'ematoma sia sopra, come se sia sottodurale, esso è vicino al cranio; perciò appena sorpassata la resistenza del cranio, si può distaccare il motore, estrarre dall'ago lo stiletto e attendere qualche istante per osservare se venga sangue. Gli ematomi, anche quando siano fatti da sangue coagulato, contengono parti liquide che escono spontaneamente; ma può avvenire che un coagulo ostruisca l'ago e perciò l'aspirazione a livello di sospettati ematomi è concessa.

I segni che fanno riconoscere l'ematoma sono il colore bruno caratteristico del sangue vecchio, i coaguli e la qualità del sangue che si può estrarre. Quando il sangue estratto è più di un centimetro cubico esso non può venire che da ematomi; le piccole vene piali, eventualmente lese con la puntura, sono capaci di dare soffusioni ematiche nello spessore delle meningi, ma da esse non si può estrarre che qualche stilla di sangue.

Questa norma, espressa da Neisser e Pollak, non ha trovato eccezione nelle osservazioni da me fatte.

La puntura cranica è il mezzo più sicuro per riconoscere l'esistenza di ematomi. Qualche volta si può anche riconoscere che l'ematoma sia piccolo; si ottiene poco sangue e anche dopo aver iniettato qualche goccia di soluzione fisiologica per aver la certezza che l'ago sia pervio, non si ottiene più nulla. Allora l'ematoma trovato non può esser causa di gravi sintomi e l'intervento a livello di esso non ha probabilità di essere utile. Se si ha ragione di sospettare che esistano stravasi in altre sedi, si ricercheranno con altre punture e, se si troveranno ancora piccoli ematomi, si ripeterà per essi la considerazione fatta per il primo. Occorre porsi bene in mente che la gravità non dipende solo da ematomi. Vi sono gravi lesioni traumatiche della sostanza cerebrale alle quali l'intervento non produce alcun utile. Esse sono talvolta profondamente situate e capaci di far versar sangue nei ventricoli. In più di un caso, ho potuto trovar liquido emorragico in ventricoli di soggetti gravemente traumatizzati da poco tempo, mentre non esistevano ematomi.

Vi sono infine i casi nei quali la puntura rivela un grosso ematoma. Allora tanto se esistano solamente segni di focolaio, come se i segni generali offuschino la sintomatologia locale, è certo che evacuar l'ematoma è giovevole.

Questi sono i casi che di regola vanno sottoposti ad intervento e non di rado in essi l'intervento dà i celebrati risultati di veder le paralisi cessare ed i pazienti ricominciare a parlare o riacquistare coscienza mentre l'intervento non è ancora finito.

Il valore di tali interventi è certamente indiscutibile ed il rimedio sarebbe unico se non esistessero nella letteratura alcuni casi guariti spontaneamente ed altri nei quali la guarigione si è avuta anche a più mite prezzo. Si tratta di soggetti nei quali la semplice puntura, riuscendo a vuotare una raccolta, è bastata alla cura.

Neisser e Pollak (1) riferiscono di un bambino che fu guarito di un ematoma intracranico con l'estrazione di dieci centimetri cubici di sangue. Quincke (2) riferì di un uomo di 61 anni nel quale furono estratti centocinquanta centimetri cubici di un liquido bruno ematico coagulabile che fu interpretato come un essudato emorragico incapsulato seguito ad un lieve trauma del capo.

Forse altri casi del genere non mancano, ma debbono essere poco noti, cosicchè mi è parso valga la pena di far conoscere uno che è stato osservato recentemente nell'Ospedale di S. Spirito.

Caiazza Domenico, di a. 56, da Arzano, ferroviere, residente a Campo di Carne.

Entra nell'Ospedale di S. Spirito il 4 dicembre 1934 e viene assegnato nel Reparto di Medicina diretto dal prof. Pilotti. Ammogliato, 4 figli viventi e sani, una figlia morta in tenera età per meningite. Moderato fumatore e bevitore. Non lues nè malattie veneree. Due anni fà: febbri malariche. Il 26 Agosto scorso, mentre lavorava in località Campo di Carne, presso Anzio, si trovò nell'area di un ciclone, per ripararsi dal quale si ricoverò in un casotto di legno; ma la violenza del vento fu tale che insieme col ricovero fu divelto da terra e sollevato; ricadde poi in fondo ad una scarpata profonda alcuni metri. Potè rialzarsi contuso, stordito e con una ferita nella regione del sopracciglio destro. In tali condizioni riuscì a tornare a casa. Rimase in letto una diecina di giorni e poi cominciò ad alzarsi sebbene soffrisse per forte cefalea e per dolori in altre parti del corpo. Aveva dolore alla spalla destra; dolevano i movimenti del braccio destro ed era molto dolente la flessione del tronco.

Alla fine di novembre ha notato debolezza dei due arti superiori e difficoltà nel camminare; poi ha cominciato a perdere le orine e le feci.

Il 1° dicembre è stato accolto in Clinica Psichiatrica e poi da quella dimesso. Il 2 dicembre le gambe sono divenute tanto deboli che non ha più potuto camminare e sono cominciati disturbi mentali consistenti in disorientamenti e in disordini della ragione.

Esame obbiettivo: 5 Dicembre.

Sensorio leggemente obnubilato. Temperatura normale.

Respiro regolare. Polso ritmico, teso, frequente.

Nell'apparato respiratorio e nell'apparato circolatorio nulla di notevole.

Addome trattabile indolente. Fegato: delimitato in alto con la percussione al IV spazio intercostale; in basso con la palpazione un dito sotto l'arcata costale. Milza: superiormente al VII spazio; inferiormente due dita sotto l'arcata costale.

Pupille eguali, reagenti normalmente. Oculomozione normale; nessun difetto di funzione apprezzabile nel campo degli altri nervi cranici.

Arti superiori: destro normale; sinistro: non compie alcun movimento attivo; il tono muscolare è debole.

Arti inferiori: destro: normale; sinistro: movimenti attivi possibili; ma lenti e limitati; movimenti passivi possibili, tono muscolare debole.

Riflessi: arti superiori: presenti, leggermente accentuati a sinistra. Addominali debolissimi.

Cremasterici: destro assente; sinistro presente.

Arti inferiori: accentuazione dei riflessi rotulei ed achillei a sinistra: segno di Babinski a sinistra.

Sensibilità normale.

Il paziente non riesce a stare in piedi nè a camminare.

All'esame della regione frontale si nota sul lato destro un'iperostosi che il paziente afferma essere comparsa in seguito all'accidente occorsogli il giorno 26 Agosto.

La percussione del cranio dà suono più ottuso a destra che a sinistra.

---

(1) Neisser e Pollak. Mitteilungen a. d. Grezgeb. d. Med. u. Chir., 1904, XIII.

(2) Quincke. Muenchener med. Woch., 1908, Nr. 26, S. 1409.

Es. delle orine: Albumina e zucchero assenti.

Reazione di Wassermann: negativa.

Esame radioscopico del cranio: non si osservano segni di frattura nè di alterazioni patologiche.

Esame oftalmoscopico: negativo.

Puntura lombare: pressione misurata con apparecchio di Claude: 75; dopo aver estratto cc. 30 di liquido, pressione 40.

Il liquido è limpido e incolore.

Le reazioni di Nonne, Pandy e Weichhordt sono negative.

Non si forma reticolo.

Contenuto di albumina 0,10 ‰; rarissimi linfociti.

Reazione di Wassermann nel liquido: negativa.

Durante la degenza il paziente non è stato capace di alimentarsi spontaneamente; però alimentato dagli infermieri, ha sempre deglutito bene. Perde le orine e le feci. Durante le prime notti è stato agitato; poi ha dormito tranquillamente.

Durante il giorno resta taciturno e non prende alcun interesse alle cose che lo circondano. Non sa in che luogo si trovi nè chi siano le persone che lo avvicinano nè si preoccupa del proprio stato. Non ricorda il numero ed il nome dei propri figli. Parla spesso, ma pronuncia frasi incomplete e dice cose che non hanno rapporto col discorso che si rivolge a lui. È piuttosto emotivo, perchè sentendo parlar dei parenti, piange; quando può parlar con loro o con altri si mostra indifferente o ironico.

Dopo circa 15 giorni di degenza, gli arti di sinistra cominciano a compiere qualche movimento, ma sono ancora molto deboli; a sinistra persiste il segno di Babinski; i disturbi degli sfinteri permangono.

19 Dicembre: puntura nella parte anteriore della regione temporale destra: negativa.

Puntura nel lato destro della regione frontale, cinque centimetri sopra il mezzo del margine orbitale. Si ottiene liquido bruno ematico che gocciola rapidamente sebbene la puntura sia stata fatta in decubito dorsale del malato la cui fronte è volta in alto. Quando l'uscita del liquido comincia a rallentare, si volge il capo di lato ed il flusso torna ad essere come prima. Poi si comprimono le vene giugulari ed alla compressione segue un aumento del flusso. Nello spazio di pochi minuti si estraggono ottanta centimetri cubici di liquido.

Il liquido è tutto dello stesso colore bruno ed è molto fluido. All'esame microscopico si trovano detriti ematici ed emazie ben conservate.

Il paziente sopporta la puntura tranquillamente nello stato di semicoscienza nel quale si trovava; ma già verso la fine della piccola operazione pare mentalmente migliorato e può stringere la mano sinistra con maggior forza. Il giorno successivo la stretta delle mani, misurata col dinamometro, dà valori eguali nei due lati. La perdita delle orine e delle feci è scomparsa. Il paziente ha chiesto da mangiare ed ha mangiato spontaneamente.

Il miglioramento delle condizioni mentali e della paresi è stato rapido e progressivo. La forza è tornata prima nell'arto superiore, poi nell'inferiore; poi è tornato il tono dei muscoli ed i riflessi tendinei sono tornati eguali nei due lati. Al 5° giorno dalla puntura, è scomparso il segno di Babinski che era presente nel lato sinistro. Il paziente cammina e si comporta normalmente, solo rimane una turba psichica che si rivela con tendenza al motteggio. Questa, che era molto spiccata prima della puntura, è andata diminuendo nei giorni successivi ed è scomparsa al decimo giorno.

Da questo momento in poi il soggetto si rivela anche psichicamente del tutto normale.

Il giorno 9 Gennaio esce dall'ospedale.

Ammettere che i disturbi fossero dovuti ad una lesione della parte fronto-parietale destra del cervello non era parso dubbio; dubbio era che ne fosse causa un comune ematoma per la ragione che, tra l'epoca del trauma e l'accertamento dei disturbi, era passato molto tempo. L'esame ventricolo o encefalo-grafico non parve adatto a dare informazioni sulla natura della lesione; adatte, come è naturale, parvero le punture esplorative. E queste vennero eseguite per prime, pur essendo disposti a completare l'esame con punture dei ventricoli, se non si fossero avuti risultati.

Il sistema di studiare i casi del genere prima con punture esplorative ed eventualmente poi con quelle dei ventricoli mi è rimasto suggestivamente impresso dal seguente caso che brevemente riferisco (1).

Un contadino di 45 a., dopo una caduta da un albero avvenuta 2 mesi avanti, aveva presentato un sensibile decadimento delle facoltà intellettuali. Al momento dell'esame non era dimostrabile alcun segno di pressione generale nè alcun segno di focolaio. Il lungo tempo decorso fece svalutare l'importanza del trauma e sospettare un processo patologico autonomo forse aggravato dall'accidente traumatico.

Si eseguì una encefalografia ed essa dimostrò che tutta la parte anteriore del ventricolo laterale destro era obliterata. Ciò fece sospettare che esistesse un tumore.

La famiglia non consentì che si intervenisse operatoriamente e le condizioni del paziente andarono sempre peggiorando fino a che parecchi giorni dopo avvenne il decesso.

Alla autopsia si trovò che nella regione fronto parietale destra esisteva una raccolta di 200 c. c. di liquido tinto di sangue, situata tra la dura madre ed una membrana sottile e trasparente, dalla quale il cervello si lasciò distaccare facilmente. Se si fosse fatta una puntura in corrispondenza della raccolta, si sarebbe senz'altro guarito l'infermo.

Raccolte meningee post-traumatiche di liquido emorragico o non emorragico sono ben note come reperto di autopsia o di operazioni. Esse sono dimostrabili anche con la sola puntura. In un caso potei evacuarla con puntura e poi studiarla con radiografie, dopo aver so-

(1) EGIDI. *Trattamento delle lesioni cranio-cerebrali traumatiche*. Casa Editr. L. Pozzi, via Sistina, 14 - Roma.

stituito il liquido estratto con aria. Si trattava di un soggetto che, in seguito ad una contusione del capo avvenuta qualche giorno prima, presentava segni generali di compressione senza sintomi di localizzazione.

Lo stato andò lentamente migliorando senza che alla puntura facessero seguito modificazioni notevoli.

Nelle raccolte intracraniche posttraumatiche, le encefalografie e le ventriculografie, a mio parere, hanno scarsa e talora fallace importanza. Esse possono far supporre l'esistenza di condizioni anatomiche più gravi della realtà e condurre ad interventi non sempre necessari. Mi pare preferibile pungere direttamente la zona sospettata di essere sede di una raccolta di liquido.

Se questa venga trovata, può essere evacuata più o meno completamente e dare talora risultati che, anche dal punto di vista curativo, sono soddisfacenti.

RIASSUNTO.

In seguito ad un trauma avvenuto quattro mesi avanti, un paziente presentava emiplegia sinistra e disturbi psichici a tipo di *moria*. Con uno speciale ago che l'A. ha fatto costruire, mediante il quale è possibile forare anche le ossa, furono eseguite punture esplorative dell'interno del cranio. Fu trovata nella regione frontale destra una raccolta di liquido emorragico e, attraverso lo stesso ago, se ne estrassero 80 cc.

La guarigione avvenne senz'altro e fu quasi immediata.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

Sulla filtrabilità dei parassiti malarici.

(G. ASCIONE e E. MARIOTTI. *Rivista di Malariologia*, p. I, n. 1, 1935).

Gli AA. hanno proseguito le ricerche sulla filtrazione dei parassiti malarici, delle quali demmo già notizia (1932, p. 1622), e hanno ottenuto dei risultati che crediamo meritevoli di rilievo.

Le ricerche furono condotte valendosi di 4 malarici: 1 con terzana maligna naturale, 2 con terzana benigna naturale, 1 con terzana benigna inoculata artificialmente. Si eseguirono 9 esperienze di filtrazione: 7 con sangue e 2 con liquido cerebro-spinale (8 valendosi di malaria naturale, 1 della malaria indotta). In 3 soggetti su 19 inoculati con filtrato di sangue e in 2 soggetti inoculati con *liquor*, comparve la febbre, dopo un'incubazione di 10-15 giorni; era mite e piuttosto irregolare; cedette a chinina. I parassiti non furono repertati che una volta, molto scarsi, ad un mese dall'inizio della febbre. La trasmissione seriale è riuscita una volta, limitatamente alla febbre e non ai parassiti.

Per lumeggiare questi risultati, crediamo che convenga d'istituire un parallelo col comportamento di un altro agente infettivo, quello tubercolare.

Molti sperimentatori hanno riconosciuto che il virus tubercolare è filtrabile; ma la malattia prodotta dal filtrato è così dissimile da quella originaria e così attenuata (la « malattia di Calmette-Valtis » o meglio « di Fontes ») che non si riconosce più: è solo eseguendo dei passaggi in serie attraverso le cavie che si riesce, per solito solo al 2°-3° passaggio ed anche oltre. a ripristinare la malattia classica, in tutta la sua virulenza e con le sue manifestazioni tipiche.

Allo stesso modo possono interpretarsi le ricerche di Ascione e Mariotti: il filtrato del virus malarico produce una malattia che non è più malaria; difatti difficilmente, nelle grafiche riprodotte dagli AA., si riconoscerebbe l'andamento febbrile di questa malattia, poichè gli accessi sono attenuati ed irregolari. Anche il periodo d'incubazione è piuttosto protratto.

Secondo noi, il virus si è attenuato e modificato nell'attraversare le candele: solo dopo ulteriori passaggi seriali nell'uomo dovrebbe essere possibile di ripristinarlo.

Nella malattia prodotta dal filtrato tubercolare, si repertano raramente le forme bacillari acido-resistenti; è solo dai passaggi ulteriori, per gli animali od in colture entro sacchetti di collodio, che si riesce ad ottenere i « protogeni tubercolari » di Sanarelli-Alessandrini o i « granuli » di Mircoli-Much e poi i bacilli anacido-resistenti ed infine i bacilli tipici.

Allo stesso modo, Ascione e Mariotti non sono riusciti a trovare, nella maggioranza delle loro ricerche, gli ematozoi della malaria; secondo noi, questi hanno assunto una forma non visibile o non riconoscibile.

Che i parassiti malarici possano non repertarsi nella malaria, non è un fatto nuovo nè eccezionale. Ad es. di recente N. R. Chopra e S. N. Mucherjes (*Indian Jl. Med. Res.*, gennaio 1935) riferivano un caso di malaria senza parassiti circolanti, ma che ha ceduto alla chinina (il Chopra è uno dei più reputati studiosi della malaria ed è da escludere che possa essere caduto in errore diagnostico).

Ascione e Mariotti ricordano, con riferimento alla possibile invisibilità, un'antica osservazione di Casagrandi, resa nota dopo le loro prime ricerche: avendo egli inoculato ad alcuni soggetti il filtrato di sangue malarico, ottenne risultati negativi, ad eccezione di un caso, in cui si produssero accessi febbrili, ma senza parassiti circolanti, i quali però esistevano: difatti furono in grado d'infettare le zanzare.

Molti altri fatti inducono ad ammettere l'esistenza di stadî non visibili nei parassiti malarici.

È questo un campo di studi nuovo e promettente — inaugurato nella scuola del De Blasi che merita di essere esplorato. V.

SUNTI E RASSEGNE.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

Conservatorismo in ginecologia.

(V. S. COUNSELLER. *Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic*, gennaio 1935).

Poichè la asportazione degli organi genitali femminili non mette di per sè in pericolo la vita della paziente, molti chirurgi hanno dato un indirizzo demolitore agli interventi in questa sfera. Condotta questa illogica e da condannarsi. Molti fattori influenzano il trattamento delle affezioni ginecologiche, e tra di essi principalmente l'età e le condizioni sociali ed economiche delle malate.

Anche il tipo delle lesioni può modificare l'indicazione ed il grado di conservazione in ogni caso singolo. Un indirizzo conservatore ha la sua migliore applicazione nelle infiammazioni pelviche, nei fibromi dell'utero, negli adenomiomi, nelle cisti ovariche e nelle endometriti.

Attraverso gli sforzi di Simpson e poi di Crossen si era definitivamente stabilita una era conservatrice nella cura delle infezioni pelviche e la mortalità era scesa all'1 %.

È importante tener presente che è proprio tra i 20 ed i 40 anni di età, durante il quale periodo la attività fisiologica degli organi della riproduzione è maggiore, che è maggiore la frequenza delle infezioni pelviche. In questo periodo, il trattamento delle malattie dei genitali femminili deve essere al massimo grado conservatrice.

Randall e Counseller hanno di recente riferito i buoni risultati da loro ottenuti col trattamento conservativo secondo Elliot in numerose donne con infiammazioni croniche della pelvi.

Nei casi di infezioni granulomatose, come la tubercolosi e la attinomicosi il metodo conservativo può di rado seguirsi.

La miomectomia dovrebbe essere tenuta in maggior conto da quei chirurgi generali che non sono ginecologi. Anche le cisti ovariche offrono un eccellente campo alla chirurgia pelvica conservativa, ma è necessaria una perfetta conoscenza della patologia di queste cisti. Finalmente il criterio conservatore deve essere tenuto in alto grado presente quando ci si trova innanzi a donne nel periodo della gravidanza. VICENTINI.

Provocazione dell'aborto e del travaglio per mezzo dell'estrina.

(A. L. ROBINSON, M. D. DATNOW e T. N. A. JEFCOVATE. *Brit. Médic. Journ.*, 30 aprile 1935).

La progestina e l'estrina hanno azione contraria sull'utero, cioè mentre una ne inibisce le contrazioni, l'altra le provoca. Durante la gravidanza l'equilibrio fra questi due ormoni antagonistici evita contrazioni uterine: questo equilibrio scompare all'inizio dell'aborto o del travaglio.

Si fecero tentativi di provocare il travaglio con estratti ovarici, e precisamente ci si servì dell'estrina, ottenendo buoni risultati nei roditori, ma non nella donna. Nella donna l'azione inibitrice non è esplicata soltanto dal corpo luteo, ma anche dalla ipofisi anteriore. Non sempre si riesce a neutralizzare anche piccole dosi di progestina con forti dosi di estrina.

L'estrina agisce in almeno tre modi diversi: provocando ipertrofia delle fibre muscolari ed iperemia dell'utero, sensibilizzando muscoli ed elementi nervosi dell'utero, stimolando la formazione di infundibolina.

Gli AA. usarono l'estrina sotto forma di « estroforma », che contiene 10.000 unità internazionali per cc. nelle prime esperienze e 100.000 unità nelle più recenti e, collo stesso dosaggio, fu usato il menformone.

L'estrina si dimostrò capace di provocare l'aborto nei roditori. Il Parker dimostrò che l'ormone follicolare sensibilizza l'utero del topo all'ormone ipofisario. L'azione abortiva dell'estrina può essere usata per saggiare l'attività di ogni preparato contenente estrina. In 16 casi su 17 gli AA. ottennero coll'estrina l'aborto nei conigli; essi fecero anche dei controlli con olio di ricino (sostanza in cui era disciolta l'estrina) e non ottennero mai l'aborto.

Essi poi usarono l'estrina in 40 casi di donne in cui c'era un'indicazione alla provocazione dell'aborto o del parto prematuro. Essi non ottennero l'aborto in nessuna delle 12 donne in cui usarono questo metodo; solo in 3 casi si ebbe emorragia uterina con contrazioni uterine dolorose e in un caso i disturbi subiettivi della mestruazione.

In dieci casi di gravidanza normale provarono a provocare il parto prematuro. In cinque casi ebbero successo.

Ebbero pure parto prematuro in due casi di gravidanza anormale, ma essendoci altre condizioni capaci di per sè di provocare il parto, esitano a considerare questi parti prematuri come dovuti all'estrina.

Particolare attenzione va data ai tentativi di provocare il parto o l'aborto in caso di morte intrauterina del feto, quando l'espulsione spontanea non avviene o per il persistere dei fattori che inibiscono l'attività uterina o per l'assenza dei fattori che la stimolano.

In 10 casi su 12 ottennero l'espulsione del feto; in 7 di questi 10 casi era stata usata solo estrina, negli altri tre anche chinino e pituitrina. In un caso la morte del feto si doveva attribuire alla malaria e l'espulsione non era avvenuta prima dell'uso dell'estrina nonostante l'uso abbondante di chinino; essa avvenne solo usando estrina, chinino e pituitrina. Importante a questo proposito è ricordare che, secondo Fielman, Goldberger e Frank, la ritenzione del feto morto è caratterizzata dall'assenza di estrina nel sangue.

L'importanza di potersi servire di un mezzo incruento in casi di morte intrauterina del feto è quella di evitare le facili sepsi per interventi in questi casi.

In un caso di mole vescicolare l'espulsione non avvenne sebbene si fosse adoperata una dose altissima di estrina (circa 2.000.000 di unità internazionali), forse per la notevole formazione di prolan che si ha nella mola vescicolare.

L'estrina è stata efficace invece in 4 casi di inerzia uterina.

Gli AA. concludono dalle loro osservazioni che l'estrina è il principale fattore sensibilizzante dell'utero umano, che però essa non provoca constantemente l'aborto (ed è un bene, altrimenti aumenterebbero notevolmente gli aborti non necessari o criminosi), che il suo uso trova la migliore indicazione nei casi di morte intrauterina del feto ed è utile nell'inerzia uterina.

R. LUSENA.

Fondamenti della terapia moderna con gli ormoni sessuali femminili.

(C. CLAUBERG, *Mediz. Welt.* 16 e 30 mar. 1935).

La manifestazione esternamente maggiormente evidente della azione degli ormoni sessuali femminili, è la mestruazione. La mestruazione rappresenta lo sfacelo che avviene tra fenomeni emorragici, di una mucosa uterina che ha assunto una speciale struttura; essa accompagna sempre un particolare processo di regressione nell'ovaio, lo sfacelo cioè del corpo luteo. Particolare importanza hanno i processi che si svolgono nell'utero e nell'ovaio tra due mestruazioni, i processi cioè che creano le condizioni necessarie perchè la mestruazione avvenga. In tale periodo di 28 giorni distinguiamo due fasi distinte, la fase proliferativa e la fase secretiva della mucosa uterina, la prima viene determinata dalla maturazione del follicolo, la seconda dalla successiva formazione del corpo luteo. La mucosa uterina, distruttasi con i fenomeni della mestruazione, si riforma e prolifera sotto l'influenza dell'ormone follicolare: l'ormone del corpo luteo provoca una trasformazione della mucosa che diventa secernente e in tal modo si prepara all'eventuale annidamento dell'uovo. In caso di fecondazione il corpo luteo persiste, in caso contrario esso si sfacela, ciò che ha per immediata conseguenza lo sfacelo della mucosa uterina: la mestruazione. Questa è provocata dalla improvvisa assenza di quegli ormoni che fino ad allora stimolavano la proliferazione e la secrezione della mucosa dell'utero: l'ormone follicolare e l'ormone luteinico. Di questi il primo viene prodotto in quantità progressivamente crescenti durante la fase proliferativa mantenendosi poi al livello più alto durante tutta la fase secretiva; l'ormone del corpo luteo viene prodotto soltanto durante quest'ultima fase.

L'ormone follicolare determina una proliferazione: la prova biologica di questo ormone si basa infatti su un effetto proliferativo, lo sfaldamento cellulare nella vagina del topo. Esso si misura in unità topo.

Invece la prova biologica dell'ormone luteinico si basa su un effetto trasformativo: la trasformazione della mucosa proliferata dell'utero del coniglio: esso si misura in unità coniglio. In una donna priva delle ovaie si possono provocare tutte quelle modificazioni della mucosa uterina che conducono alla mestruazione, se si introducono nel suo organismo sufficienti quantità di ormone follicolare prima (che fa proliferare la mucosa atrofica dell'utero) di ormone del corpo luteo, poi. Per raggiungere un tale effetto occorrono 200.000-400.000 unità topo di ormone follicolare e fino a 100 unità coniglio di ormone del corpo luteo. In una donna normale e durante tutto il periodo della maturità sessuale elabora in media 10.000 unità topo di ormone follicolare al giorno, e 5-10 unità coniglio di ormone luteinico.

La cura con gli ormoni ovarici è una cura di sostituzione: quando si sospende la somministrazione, cessa l'effetto utile. Invece la somministrazione di ormone del lobo anteriore della ipofisi stimola direttamente la atti-

vità dell'ovaio e quindi la produzione dei suoi due ormoni: si tratta però sempre di una cura sostitutiva, solo che questa sostituzione è in rapporto con la ipofisi anzichè con l'ovaio.

I rapporti di interdipendenza tra la ipofisi e l'ovaio permettono però anche una terapia indiretta che non è più sostitutiva. Infatti la somministrazione di alte dosi di follicolina inibisce la secrezione degli ormoni del lobo ipofisario anteriore: questa inibizione può essere sfruttata a scopi terapeutici. Non appena si cessa di somministrare la follicolina, la ipofisi non più inibita, versa rapidamente nell'organismo una considerevole quantità di ormoni gonadotropi: questo fenomeno e la conseguente stimolazione improvvisa dell'ovaio trovano utilissime applicazioni in terapia.

Nei casi di amenorrea primitiva si riesce bensì a provocare delle singole emorragie mestruali per mezzo di 5 iniezioni (a intervalli di 5 giorni) di 50.000 unità topo l'una di follicolina, non si può però sperare di ottenere un regolare e spontaneo ripetersi delle mestruazioni. La stimolazione delle ovaia ottenuta con la somministrazione di ormoni riesce invece spesso a risvegliarne in modo persistente la assopita attività in tutti quei casi in cui l'ovaio ha precedentemente dato dei segni, per quanto lievi, di attività propria. In questi casi si ripeterà varie volte la somministrazione degli ormoni ovarici, se il primo ciclo di cura non ha dato i risultati ripromessi.

Nelle insufficienze ovariche di grado più lieve, la mestruazione può essere o più frequente e più abbondante del normale, oppure più rara e meno abbondante del normale. In tali casi si ottengono risultati con dosi mediocri di follicolina, in tutto 50.000-100.000 unità: l'effetto utile si basa sopratutto sulla azione indiretta esercitata attraverso il lobo anteriore della ipofisi. Infatti se ad una donna in cui le mestruazioni si ripetono ogni tre settimane, noi somministriamo durante la terza settimana la detta quantità di follicolina, noi con ciò inibiamo transitoriamente la attività del lobo anteriore della ipofisi e in tal modo facciamo ritardare l'inizio di un nuovo ciclo. Si può ottenere un effetto opposto nei casi in cui le mestruazioni sono troppo distanziate e scarse: somministriamo allora una o più volte, a lunghi intervalli, considerevoli quantità di follicolina per sfruttare la esaltazione della attività ipofisaria che segue a tali momentanee somministrazioni. Infatti non appena si cessa di dare la follicolina, nel lobo anteriore della ipofisi viene mobilizzata una considerevole quantità di ormoni gonadotropi: la conseguente stimolazione delle ovaia regolarizza i cicli mestruali, e riesce spesso anche a rendere possibile una gravidanza in donne prima di allora sterili.

Uno dei fenomeni della insufficienza ovarica è la eccessiva rigidità dei connettivi pelvici, sopratutto dei legamenti sacrouterini: a questa rigidità sono da imputarsi i dolori lombari e gli altri disturbi che in queste donne accompagnano ogni mestruazione. La follicolina rammollisce i connettivi pelvici: la somministrazione di ormone follicolare, in 2-4 dosi da 25.000 unità topo ciascuna, fa scomparire i dolori e gli altri sintomi molesti.

Il secondo ormone sessuale, quello del corpo luteo, si usa nelle emorragie e nell'aborto abituale. Le cosiddette emorragie « giovanili » e anche quelle « climateriche » avvengono quando il follicolo maturo anzichè scoppiare, persiste e non si forma quindi il corpo luteo: esse dipendono dunque da un eccesso di follicolina e dalla assenza di ormone luteinico. In questi casi si ottengono ottimi risultati se si danno per 8-14 giorni di seguito, 5-10 unità coniglio al giorno.

La principale possibile indicazione per una terapia con gli ormoni della ipofisi anteriore potrebbe essere, la malattia caratterizzata dalla persistenza dei follicoli nell'ovaio e contemporanea iperplasia glandolare-cistica della mucosa uterina. Si otterrebbe allora forse la rottura dei follicoli persistenti, se oltre all'ormone del corpo luteo si somministrassero gli ormoni della ipofisi anteriore: questi ultimi si dovrebbero però iniettare per via endovenosa onde esercitare una tale stimolazione sull'ovaio, da determinare la rottura dei follicoli (dosi di molte migliaia di unità ratto). Per il momento è possibile tentare di esercitare una analoga azione per mezzo di trasfusioni di considerevoli quantità di sangue di gravide (300-400 cmc.).

R. POLLITZER.

EMATOLOGIA.

La diagnosi ed il trattamento degli stati leucemici.

(R. R. KRACKE e H. GARVER. *Journ. amer, med. assoc.*, 2 marzo 1935).

Gli AA. osservano che, per quanto le opinioni non siano perfettamente concordi, sembra probabile che nelle condizioni normali, le cellule mieloidi provengano principalmente dal midollo osseo e quelle linfoidi dal sistema ghiandolare linfatico, ivi compresa la milza.

Con i metodi ordinari di colorazione, compresavi anche quella vitale, è impossibile distinguere i varii tipi di leucoblasti.

I casi di leucemia cronica, come pure le forme acute possono essere diagnosticate agevolmente quando vi sia un aumento netto dei leucociti totali, con predominanza delle blastocellule.

Particolari difficoltà diagnostiche cliniche ed ematologiche offrono invece quegli stati leucemici in cui il numero totale dei leucociti è normale o sotto la norma; è allora facile la confusione con gli stati leucopenici.

Il criterio più valido per la diagnosi di ogni leucemia è la preponderanza delle cellule immature, senza riguardo per il numero totale. Gli studi fatti su molti casi di leucemia monocitica dimostrano che il tipo cellulare principale ha origine nel midollo osseo e confermano che la leucemia monocitica è soltanto una fase atipica di quella mielogena.

Dello stesso argomento, si occupano anche N. Rosenthal e W. Harris (*Ibidem*), i quali riconoscono tre principali gruppi di leucociti circolanti e cioè: i granulociti, i linfociti ed i monociti. I disturbi originali sistemici sono analoghi in tutti i casi; si può però fare una divisione, per quanto arbitraria, delle forme in acute e croniche ed leucocitemiche e leucopeniche.

La sintomatologia è molto variabile: si osservano generalmente disturbi addominali dati dall'ingrossamento dei visceri e dei nodi linfatici; sono pure frequenti dolori ed ulcerazioni nella parte superiore dell'apparato respiratorio. I primi segni dello stato leucemico possono essere delle manifestazioni di porpora o delle emorragie infrenabili. Meno frequenti, sono le emorragie gastrointestinali, il pallore, la tosse, le artralgie e mialgie. L'ingrossamento della milza si ha generalmente nella forma mieloide, quello dei nodi linfatici nella linfatica, ma entrambi possono osservarsi nelle due forme.

La diagnosi può farsi soltanto dai caratteri del sangue che non consistono tanto nel numero dei leucociti quanto nella presenza e persistenza di tipi specifici di cellule, come mielociti, mieloblasti e nella linfocitosi relativa ed assoluta.

La diagnosi viene confermata dalla biopsia del midollo osseo sternale o di un nodo linfatico.

Il trattamento è essenzialmente sintomatico. Arsenico, trasfusione e specialmente la röntgenterapia sono i mezzi principali che possono permettere un certo prolungamento della vita. *fil.*

Le reazioni gravi e le complicazioni mortali consecutive alla trasfusione del sangue.

(CH. VLADOS e Y. MEERSON. *Le Sang*, n. 4, 1935).

Sotto l'influenza della trasfusione di sangue incompatibile per differenza di gruppo, e qualche volta anche di sangue dello stesso gruppo, si osserva nel periodo successivo alla trasfusione una reazione che ha i caratteri dello choc colloidoclasico severo; l'emolisi, non sempre nettamente rivelabile, è uno dei componenti essenziali di questa reazione (choc emolitico).

Ma non è nello choc emolitico che risiede il danno principale per la vita del ricettore; ben più dannose e talvolta mortali sono le alterazioni degli organi parenchimatosi principali e del sistema nervoso, sono i processi della colloidoclasia particolarmente grave, quando si tratti di malati profondamente affetti, di cui gli organi ed i tessuti sono in preda a processi infiammatori o degenerativi. Lo choc emolitico non è sempre mortale. L'intensità della reazione e le sue conseguenze sono strettamente legate al carattere della malattia fondamentale, alle particolarità individuali dell'organismo malato, alla sua costituzione, al sistema nervoso vegetativo. Una importanza considerevole ha inoltre la dose di sangue incompatibile iniettata; più essa è grande, più gravi sono le complicazioni che ne derivano. Il tempo che si impiega ad introdurre il sangue nella circolazione generale ha un'influenza indiscutibile; l'introduzione lenta e graduale contribuisce, insieme con altri fattori, ad attenuare la severità della reazione.

Una delle condizioni essenziali per prevenire le complicazioni gravi e mortali consecutive alla trasfusione del sangue è lo stato del sangue preparato per la trasfusione, cioè l'asepsi ideale, l'assenza di emolisi.

L'utilizzazione di sangue conservato preso dal donatore vivente o dal cadavere esige una attenzione particolare. La temperatura del sangue trasfuso deve essere presa anche in considerazione.

La corretta ricerca del gruppo sanguigno è una delle condizioni che servono a prevenire le complicazioni gravi consecutive alla trasfusione. Lo choc colloidoclasico che si può osservare malgrado una compatibilità completa di gruppo dipende dalla incompatibilità particolare individuale e biologica delle albumine del plasma del donatore e del ricettore.

Lo choc emolitico, essendo la conseguenza dell'azione tossica delle albumine estranee, si manifesta con l'agglutinazione e l'emolisi, cioè con la distruzione degli eritrociti del ricettore. Ma la trasfusione di sangue di gruppi incompatibili non determina solo distruzione, propriamente detta, degli eritrociti; l'introduzione di albumine estranee provoca una serie di alterazioni biologiche nelle cellule, nei tessuti e negli organi, è pertanto più razionale considerare queste alterazioni come fenomeni di colloidoclasia.

È lo choc colloidoclasico la causa fondamentale della reazione grave e delle complicazioni mortali osservate in seguito alla trasfusione; l'emolisi degli eritrociti non è che uno degli episodi della colloidoclasia.

C. TOSCANO.

Rigenerazione dell'emoglobina secondo l'influenza della dieta e di altri fattori.

(G. H. WHIPPLE. *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 9 marzo 1935).

In una conferenza tenuta recentemente a Stoccolma l'A. ha trattato quest'argomento

che ha stimolato la ricerca di molti studiosi e che è destinato a segnare un notevole progresso in un avvenire non lontano.

Dopo aver ricordato alcune ricerche personali precedenti egli cita quelle che fece in collaborazione con Hooper nel 1912 sulla produzione del pigmento biliare e che lo indussero a ritenere che l'emoglobina poteva rapidamente trasformarsi in pigmento biliare nel circolo toracico e cerebrale (con esclusione del fegato e nelle cavità pleurica e peritoneale.

Ricerche successive sull'eliminazione del pigmento biliare in rapporto alla dieta consigliarono al Whipple di interessarsi dei fattori che influenzano la formazione di nuova emoglobina.

In collaborazione con Hooper, nel 1917, produsse anemia semplice nel cane mediante sottrazione di sangue; essi videro che il fegato aveva un'influenza notevole sulla rigenerazione dell'emoglobina [le osservazioni del nostro Castellino sono del 1912, cioè di 9 anni precedenti! - *N. d. R.*].

Nel 1923 fu modificata la tecnica: con ripetute sottrazioni di sangue si manteneva il cane con quantità scarsa di emoglobina (40-50%) e anche qui il fegato si mostrò potente fattore dietetico nella formazione dell'emoglobina; ma il fattore più attivo fu il ferro.

Fu studiata anche l'utilizzazione dell'emoglobina e si vide che il cane anemico può conservare circa il 100 % dell'emoglobina somministrata sia per via endovenosa che intraperitoneale. Si ha anche rapida e notevole (quasi 100 %) utilizzazione di emoglobina eterogenea (di capra e di pecora) se data per via endovenosa, mentre l'emoglobina data per bocca è scarsamente utilizzata (10-15 %).

I cani anemici producono più emoglobina durante il digiuno che durante i periodi di dieta basale. Quando un cane anemico è nutrito con zucchero e ferro produce largamente emoglobina, che deve derivare dalla proteina del corpo. Ricerche fatte dal Whipple con Daft e Robreheit-Robbins hanno dimostrato che in questo periodo di digiuno c'è una notevole diminuzione dell'urea ammoniacale nelle urine con conservazione delle sostanze azotate intermedie che sono usate nella formazione dell'emoglobina.

Il fegato umano ottenuto all'autopsia fu pure recentemente (1933) utilizzato; esso dà dei valori medi di utilizzazione di 160 % se il fegato è di giovani sani; l'utilizzazione è del 117 % se il fegato è di individui arteriosclerotici e con alterazioni degenerative del fegato; la stessa cifra si ha per fegato di malati di infezione acuta, mentre si ha 150 % per infezioni croniche, 164 % per cirrosi epatica (che cade a 48 % quando c'è insufficienza epatica), 125 % per anemia secondaria e per leucemia, 200 % nelle anemie aplastiche e nell'anemia perniciosa.

Il Whipple ha anche iniziato lo studio dell'influenza della somministrazione di aminoacidi sulla formazione di emoglobina, ma ancora non può darne i risultati.

R. LUSENA.

DIVAGAZIONI

Le virtù terapeutiche dell'urina.

In un recente articolo, ho richiamato l'attenzione sulle varie virtù biologiche e terapeutiche, che si vengono scoprendo nell'urina; ritorno ad antichissime pratiche, che sanno di magia e si giudicavano ripugnanti ed ormai sepolte per sempre e che ora ritornano, ammantate dalla moderna tecnica scientifica.

Altre sostanze si sono venute scoprendo ed altre e più vaste applicazioni terapeutiche si sono venute facendo, sicchè è da prevedersi non lontano il tempo in cui l'urina entrerà nel nostro arsenale farmaceutico corrente.

Alcuni anni fa, due inglesi, Oriel e Barber hanno scoperto nella urina degli asmatici un misterioso precipitato bianco, su cui alcuni francesi hanno fatto delle ricerche sistematiche e delle applicazioni terapeutiche. Tale sostanza viene isolata dall'urina dapprima acidificata e poi trattata con etere. Dopo evaporazione di questo, il prodotto viene precipitato con alcool (leggermente roseo alla fenolftaleina). Non si tratta di un composto chimicamente definito, ma di una miscela eterogenea di proteosi, che va sotto il nome di *sostanza di Oriel*.

Essa, in malati sensibilizzati (prurigo, orticaria, dermatite erpetiforme) si comporta all'iniezione sottocutanea come l'antigene specifico, determinando una papula di orticaria. Il precipitato che si estrae talora dall'urina di individui normali non provoca alcuna reazione.

I due citati autori inglesi hanno trattato varie orticarie croniche, prurigo, dermatiti erpetiformi e psoriasi con dosi minime (1/10 di cmc. della diluizione al milionesimo) di tale sostanza ottenendo risultati favorevoli.

In Francia, Charpy (*Bourgogne médicale*, febbraio 1935) sono stati meno fortunati, pure avendo ottenuto anche delle guarigioni in casi di eczema, emicrania, asma.

Più recentemente, A. Decastello (*Med. Klinik*, 23 marzo 1935) riferisce su alcune ricerche di terapia dell'anemia perniciosa con l'urina. Tale comunicazione ha anzi dato origine ad una nota polemica, in quanto che G. Leiner (*Wiener klin.. Wochens.*, 3 maggio 1935) reclama la priorità della sua scoperta del principio antianemico nell'urina. Egli ne ha preparato degli estratti che provocano, negli animali da esperimento, una reazione reticolocitica e contengono, quindi, il principio di Castle; attualmente sono in corso delle esperienze sull'uomo.

Il significato di queste ricerche e scoperte va, a mio modo di vedere, al di là dell'introduzione di una nuova arma terapeutica in quanto che, come la morale della favola, c'insegna a non insuperbirci troppo del presente ed a sorridere, con un senso di pretesa superiorità, del passato, sia esso recente o remoto. Nulla di più fallace dell'illusione di avere raggiunto un culmine, una mèta da cui non si indietreggia. Le cose più impensate ritornano e l'uomo ultramoderno, con tutte le diavolerie della scienza si ricongiunge spiritualmente con l'antico. A. FILIPPINI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

G. FRONTALI. *L'alimentazione del bambino.* Lezioni dettate per i Corsi di Puericultura ai Medici. Vol. di pagg. XII-232, con 41 figure in nero e a colori nel testo ed una tavola a colori fuori testo. Editore Luigi Pozzi, Roma. Prezzo L. 40.

Sette anni or sono scrivevo la prefazione alle lezioni dettate dal prof. G. Frontali sull'alimentazione del bambino. Mi è assai grato oggi di ricordare sul « Policlinico » ai medici ed agli studenti di medicina queste magistrali lezioni stampate in una seconda edizione rinnovata dal benemerito editore Luigi Pozzi, che è sempre all'avanguardia di ogni utile pubblicazione di medicina scientifica e pratica.

Non è il caso di tessere le lodi del volume scritto dal prof. Frontali: il nome del Maestro della Scuola di Padova è di per sè stesso un programma scientifico, ma il Frontali anche in questa seconda edizione delle sue lezioni non ha dimenticato lo scopo fondamentale di esse: quello di offrire al medico le norme precise che debbono guidarlo nell'applicazione dei dettami dell'alimentazione infantile con la finalità precipua di mantenere lo stato di benessere del bambino guidandolo nelle differenti fasi più delicate della vita di esso fino dopo il secondo anno di età.

Se noi ci soffermiamo per un breve istante a considerare fini, che hanno guidato il Frontali pubblicando una seconda edizione rinnovata delle sue lezioni, non ci sarà difficile vedere l'importanza di esse per la difesa della razza.

Quanto più i medici conosceranno i metodi fondati sulla fisiopatologia, sulle ricerche chimiche e biologiche, sulle osservazioni cliniche ecc. ecc. atti a mantenere l'armonico accrescimento e lo sviluppo dell'organismo del bambino, tanto minore sarà il numero e la gravità delle malattie in genere e di quelle intestinali in ispecie che, come è ben noto a tutti, sono quelle che mietono il maggior numero di vittime nella prima infanzia.

L'ordine che il Frontali ha dato ai varî capitoli porta il lettore gradatamente dallo studio della fisiologia dell'alimentazione attraverso i differenti stadî del ricambio organico del lattante, allo studio dei singoli metodi di alimentazione dettando le norme di essi dopo avere vagliato e discusso la parte scientifica che è di base e d'indirizzo ad ogni capitolo trattato. Completata la parte fisiologica dell'alimentazione, sia naturale che artificiale, il Frontali tratta sinteticamente, ma con molta chiarezza in un gruppo di sei lezioni, la patologia della digestione ossia dei disturbi della nutrizione sia di quelli propriamente derivanti dalle deviazioni del chimismo digestivo sia di quelli determinati da cause esogene od infettive o da quelli prodotti da fenomeni anafilattici e di carenza dei fattori imponderabili della nutrizione.

Il medico che legge questi capitoli scritti dal Frontali avrà indubbiamente delle idee chiare (cosa che non sempre avviene leggendo certi trattati o seguendo certe lezioni) e perciò sarebbe bene che anche i medici che mirano a conseguire il diploma in specializzazione in Pediatria facessero tesoro delle norme dettate magistralmente e chiaramente dal Frontali per valersene nel campo della pratica. Potranno così compiere opera utile fino dall'inizio dell'esercizio della specialità esplicando la loro missione più nella profilassi che nella cura delle malattie della nutrizione del lattante e del bambino divezzo.

Se tutta l'impostazione del volume delle lezioni del Frontali è scientifica, la finalità di esso è altamente sociale e dopo avere letto il volume si può affermare che l'A., guidato dalla sua alta cultura, dalla bontà del suo animo e del suo cuore, ha perfettamente raggiunto lo scopo dando al medico delle norme e degli insegnamenti precisi per far crescere il bambino sano tutelando in tal modo l'integrità della nostra stirpe.

FRANCESCO VALAGUSSA.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

D. SCHERF. *Klinik und Therapie der Herzkrankheiten.* Vol. di pagg. VI-210, con 10 figure. Vienna, Springer edit., 1935. Prezzo R. M. 5,60.

Riunire in appena duecento pagine e di piccolo formato la clinica e la terapia delle malattie di cuore sembrerebbe una impresa impossibile. Tuttavia, eliminando tutti i nomi e tutte le teorie, limitandosi al puro necessario per il medico pratico, l'A., ben noto assistente di Eppinger, ha raggiunto ottimamente il suo scopo. Egli ha riunito in questo volumetto le lezioni che impartisce da otto anni nella Herzstation della Clinica medica viennese per i

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

corsi di perfezionamento della Facoltà. E invero il libro ha il carattere di un corso di perfezionamento e ci sembra più indicato per un medico che già conosca il mestiere che non per il principiante. Ma ciò non toglie nulla al pregio del lavoro che è svolto anzi con caratteri di genialità, quale si rivela nel mettere in evidenza e nel trattare con maggior ampiezza le cose più importanti dal punto di vista pratico.

E, forse anche appunto per questo spirito che lo informa, il manuale che presentiamo ha un altro pregio che ci sembra assai apprezzabile: la forma piana e facile con cui è scritto, sicchè lo si legge tutto d'un fiato e senza fatica. Ci si permetta l'espressione, non sembra scritto da un Tedesco (senza con ciò voler minimamente diminuire il valore della grande scienza germanica e austriaca).

Per accennare brevemente al suo contenuto diremo che il libro è diviso in tre parti: parte generale, diagnostica delle cardiopatie, e terapia.

Nella parte generale si entra subito a trattare del sintoma dominante nei cardiopatici: la dispnea. E si parla della dispnea notturna, del Cheyne Stokes e specialmente dell'asma cardiaco.

Altri segni di scompenso vengono esaminati: la stasi polmonare, la cianosi, l'ittero, l'ingrossamento del fegato, gli edemi. Poche pagine sulla sintomatologia generale: questa è limitata ad alcune osservazioni pratiche sulla percussione e ad alcune considerazioni sull'ipertrofia e dilatazione. Per dare un'idea dello « stile » del manuale citiamo che non si fa questione di grande e piccola area, di ottusità relativa e di ottusità assoluta: si consiglia semplicemente di fissare i limiti del cuore là dove si sente meglio netta la differenza di suono di percussione tra il punto prima esaminato e quello successivo.

Nella trattazione diagnostica delle varie malattie sono prima trattati i vizî valvolari, e come al solito ottimamente per il medico pratico. Abbiamo, ad esempio, con piacere notato il fatto che il rumore presistolico della stenosi mitralica manca quasi sempre quando coesiste la fibrillazione auricolare: fatto che poco si insegna nelle nostre scuole. Segue lo studio dell'ipertensione e delle malattie dell'aorta e del miocardio. Non mancano, per quanto brevi, due capitoletti sul cuore polmonare e sul cuore tiroideo. Più diffusamente, come è naturale, è trattata l'angina pectoris con uno speciale e diffuso paragrafo sull'infarto miocardico. Le neurosi cardiache, l'ipotensione, la sincope, i rapporti tra cardiopatie e gravidanza e tra cardiopatie e interventi chirurgici formano argomento di poche ma succose pagine.

Per ciò che riguarda la terapia abbiamo visto con piacere alcune idee sul trattamento digitalico che da tempo professiamo: per esempio quella che la digitale è praticamente inefficace nell'aumento di frequenza che non si accompagni a fibrillazione o a scompenso cardiaco. Nè si parla di accumulo o di abitudine alla digitale ma si consiglia di continuare nell'opportuna dose « sine die » se necessario.

In complesso consigliamo a qualunque medico di leggere con attenzione e di studiare questo volumetto. SEBASTIANI.

E. DONZELOT-KISTHINIOS. *La tension artérielle (maxima, moyenne, minima). — L'hypertension et leur traitement.* Vol. di 160 pag. con tavole e figure. J. B. Baillière et fils. Paris, 1935.

Succinta analisi delle questioni fisiopatologiche riguardanti la tensione arteriosa, completata da chiara sintesi di applicazione clinica, nei riguardi delle alterazioni, e della loro terapia, della pressione arteriosa.

Dopo avere in una prima parte definito cosa s'intende per tensione arteriosa; dopo aver detto dei fattori fisiologici, della regolazione della tensione stessa, si ricordano apparecchi e metodi per la sua misura in clinica. Particolare analisi viene fatta del concetto moderno della tensione media.

La seconda parte costituisce uno studio completo della ipertensione arteriosa, ipertensione arteriosa permanente ed ipertensione arteriosa parossistica. La terza parte sviluppa quanto concerne le ipotensioni, in specie le ipotensioni parossistiche: collasso, sincope, ipotensioni sintomatiche, ipotensioni costituzionali, ipotensioni parziali, relative e speciali. Ben 34 pagine di indicazioni bibliografiche, ricordano in ultimo la letteratura mondiale su così vivo argomento. MONTELEONE.

O. RIESSER und G. TAUHMANN. *Arzneitrunde und Arzneiverordnung.* Volume di 430 pagg. Urban u. Schwarzenberg. Berlin-Wien 1931. Prezzo RM. 12.

La materia del libro non è strettamente confinata nell'ambito della pura farmacologia, ma si estende, molto opportunamente, verso la terapia e la clinica. Gli AA. sono riusciti a riassumere in piccola mole gli argomenti vecchi e nuovi, dando alla trattazione una impronta di originalità che ne rende facile e dilettevole la lettura.

In linea di massima alla « sistematica » dei farmaci preferiscono la suddivisione «per funzioni » integrata con nozioni e richiami di fisiologia e fisiopatologia.

I capitoli sulla farmacologia del sistema nervoso vegetativo, sugli ormoni sessuali, sulla terapia dell'anemia perniciosa, sui gas asfissianti, sono di palpitante attualità, e valgono bene a mettere in luce l'intrinseco va-

lore anche dei più recenti contributi della scienza medica.

Dalla lettura del libro risulta chiaramente come gli AA. siano riusciti a conciliare, in una sintesi felice, teoria e pratica, dando alle parti le proporzioni dovute e senza venir meno a quel rigore scientifico che deve esser proprio di una branca sperimentale, come la farmacologia.

MESSINI.

A. BICKEL. *Naturgemässe, Ernährung und Eiweissstoffwechsel.* Un vol. in-16°, di 44 pagg. G. Thieme, Leipzig, 1935. Prezzo RM. 1,20.

Osserva l'A. dalle prime pagine che « la dieta di un popolo non deve soltanto mirare a mantenerlo in vita, ma deve creare un *optimum* dello stato nutritivo della nazione che possa garantire una schiatta gagliarda fino alla più remota posterità ».

Importante per raggiungere un tale intento è anzitutto la somministrazione dell'alimento animale con quello vegetale e di un sufficiente quantitativo di albumina. Non più le cifre minime di Hindhede che possono avere alla fine degli effetti deleteri, ma delle quantità di gran lunga superiori ad esse se si vuole mantenere inalterata l'utilizzazione degli alimenti. E le albumine debbono essere le più pregiate per il loro contenuto in aminoacidi, perchè anche con quelli di medio valore si può arrivare ad una forma di avitaminosi.

La lettura di questa conferenza, tenuta recentemente alla Società medica di Berlino è interessante perchè mostra quali mutamenti si sono venuti facendo nei concetti generali sull'alimentazione.

fil.

Atti del V Congresso nazionale di Microbiologia. Un vol. in-8° di 397 pag. Ind. graf. ital. Stucchi, Milano, 1935. Prezzo L. 40.

Sotto gli auspici dell'Istituto Sieroterapico Milanese, si è tenuto lo scorso anno a Cagliari il V Congresso nazionale di Microbiologia a cui ha partecipato un folto gruppo di studiosi. A cura dello stesso Istituto, se ne pubblica qui il resoconto con la riproduzione integrale delle relazioni e comunicazioni ed il sunto delle discussioni.

Citiamo fra gli argomenti principali trattati: Le nuove vedute sulla biologia dei parassiti malarigeni (G. Alessandrini); I gruppi sanguigni nella clinica medica (P. Mino e L. Gedda); I virus filtrabili nella patologia vegetale (V. Rivera); Sulla natura del batteriofago (E. Cuboni); Batteriofagoterapia (A. Scalpi), oltre a più di trenta comunicazioni su argomenti affini, di grande interesse per la microbiologia e la biologia generale.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Il IV Congresso Internazionale degli Ospedali.

(Roma, 19-26 maggio).

Abbiamo già data notizia della cerimonia inaugurale di questo importante Congresso, a cui sono largamente affluiti gli stranieri, molti dei quali hanno in precedenza visitato le istituzioni ospedaliere di Torino e Milano. Numerose le visite e le gite, fra cui particolarmente interessanti riuscirono quelle agli Ospedali di Roma ed a Sabaudia e Littoria.

Nella seduta di chiusura, il presidente von DESCHWANDEN (Svizzera), nel ringraziare per l'ospitalità accordata ai Congressisti, ha esaltato l'opera del Comitato ordinatore (presidente S. E. il Prefetto Spano e segretario il prof. E. Ligorio) per la perfetta organizzazione e la riuscita della manifestazione.

A sede del prossimo Congresso, è stata scelta Parigi.

Diamo qui un breve resoconto dei lavori che ci sembrano più significativi.

I TEMA: *L'Ospedale nel quadro sistematico della Sanità Pubblica.*

La trattazione di questo argomento è affidata a quattro relatori di diverse nazioni. Si tratta di un tema di grande importanza, in considerazione non solo dello sviluppo sempre crescente che vanno prendendo gli ospedali in tutti i Paesi, ma anche del fatto che l'assistenza a domicilio non consente spesso di poter fare diagnosi in casi difficili e cure speciali.

Il moderno ospedale deve oggi, per la sua importante funzione, costituire il fulcro dell'assistenza e della profilassi.

Il primo relatore prof. ENRICO RONZANI, direttore dell'Istituto d'igiene nella R. Università di Milano, svolge il tema dal punto di vista dell'igiene generale. Egli, dopo aver esposto i requisiti igienico-edilizi cui debbono informarsi — i moderni ospedali e la indispensabile dotazione dei mezzi più adatti per indagini chimiche per cura, per difesa igienica, dimostra la necessità di coordinare gli ospedali esistenti per provincia o regione nell'esercizio delle loro funzioni in conformità alla capacità dei mezzi disponibili per curare esclusivamente malati acuti o soltanto cronici o da funzionare da convalescenziari, ecc.

Egli propone pertanto la istituzione di Comitati provinciali per l'assistenza ospedaliera aventi la funzione di coordinare e disciplinare armonicamente il funzionamento degli ospedali della provincia o regione, promuovendo laddove il bisogno lo richieda, la costruzione di nuovi ospedali o la riforma di quelli esistenti, seguendo norme tecnico igieniche predisposte dai ministeri competenti, tutto ciò in base a diligente rilievo sullo svolgimento dell'assistenza ospedaliera della provincia e in quali proporzioni e con quali mezzi tecnici ed economici.

Il prof. RONZANI tratta inoltre della opportunità dell'istituzione presso tutti gli ospedali di poli

consultori e per la diagnosi precoce delle malattie e per la cura e sorveglianza dei malati dimessi dall'ospedale.

Questo programma però dovrebbe essere completato con la istituzione di scuole professionali per le infermiere e per le assistenti sociali ospitaliere, le quali ultime dovrebbero servire a mantenere il necessario contatto tra i medici, le spese assistenziali, le assicurazioni, le casse mutue, gli uffici, i laboratori ecc. presso i quali il malato prestava la sua opera.

In ultimo il prof. Ronzani ritiene che ospedali bene organizzati possano anche servire di propaganda igienica tra le masse inquantochè i malati degenti mercè l'opera di bene istruite infermiere sono costretti ad acquistare abitudini di vita igienica.

Tutto ciò allo scopo di non disperdere energie, di evitare duplicati e di rendere l'esercizio dell'assistenza ospitaliera il più efficace e redditizio.

Secondo relatore è il dott. BROWNLIE (Scozia) che si occupa dello stesso problema dal punto di vista dell'igiene sociale e dell'economia politica.

Il relatore rileva che il numero sempre crescente dei malati rende necessario l'aumento dei servizi negli ospedali. Questi potrebbero divenire centri efficaci d'igiene pubblica.

La principale difficoltà incontrata nel miglioramento dei servizi ospedalieri è dovuto alla mancanza di una classifica razionale dei malati, ai difetti di costruzione e di equipaggiamento, alla insufficienza del personale. Anche negli ospedali meglio attrezzati permangono insufficienti i mezzi terapeutici.

Per la mancanza di posti, molti malati sono costretti ad essere dimessi, migliorati sì, ma non completamente guariti.

La maggior parte di essi ritorna alla propria casa dove le condizioni economiche favoriscono la ricaduta.

Il relatore consiglia per migliorare questo stato di cose la separazione dei malati secondo principi scientifici, la creazione di un servizio sociale, l'utilizzazione metodica degli ambulatori, una sorveglianza sul malato dopo la sua uscita dall'ospedale.

Il relatore si pronuncia in favore dell'applicazione nel lavoro ospedaliero dei principi di una medicina costruttiva e del riconoscimento della classifica degli ospedali nel quadro dell'avvenire dell'igiene sociale.

Segue il terzo relatore prof. RÜDIN (Germania), che tratta particolarmente del problema eugenico. Rileva che l'attività degli ospedali nel campo dell'eugenetica nei diversi paesi diviene funzione di Stato, sottoposta alla legislazione ispirata ai principi politici e sociali.

Occorre che i medici degli ospedali conoscano le basi scientifiche dell'eugenetica, che si fonda sulla sanità della razza, preservandola da tare ereditarie.

Gli ospedali possono quindi rendere un segnalato servizio, formulando rapporti dettagliati sulle varie forme di malattia, per essere di base sulla regolamentazione della protezione della razza, poichè possono fornire dati precisi sulla trasmissibilità ereditaria del male e servire alla chiarificazione di problemi tuttora non definiti.

I medici ospedalieri dovrebbero non limitare le informazioni sul malato, ma estenderle anche ai componenti la sua famiglia. Soltanto gli ospedali dovrebbero procedere alle sterilizzazioni volontarie o imposte, sia con interventi chirurgici, sia con le applicazioni radiologiche.

Grazie ad un'educazione sistematica dei malati, grazie alla lotta contro tutto ciò che minaccia la sanità della razza, gli ospedali diverranno i centri dell'eugenetica.

Il quarto relatore prof. SARRAZ-BOURNET (Francia) si intrattiene sul problema amministrativo.

L'ospedale, afferma il relatore, non deve essere solamente un'istituzione per i malati, ma avere una parte del lavoro sociale ed igienica, mediante corsi di insegnanti sanitari per tutto il suo distretto. Dovrà perciò perfezionare i mezzi per la protezione della salute pubblica ed i Paesi civili debbono avere numerosi ospedali sotto il controllo di una gerarchia.

II. TEMA: *L'ordinamento e le installazioni tecniche degli ospedali.*

Il primo relatore, Padre SCHWITALLA (Stati Uniti), illustra una sua relazione su: *il coordinamento delle attività ospedaliere ai fini dell'assistenza dei malati.*

Il relatore lamenta un eccesso di organizzazioni, in questo campo, senza uno scopo preciso. Scopo unico dell'ospedale deve essere l'ammalato; perciò la preparazione dei medici, degli amministratori, degli infermieri e delle altre opere di assistenza sociale deve essere subordinata a tale fine.

L'ammalato — secondo il relatore — deve costituire il centro di unità di coordinazione e di armonia di tutte le attività ospedaliere verso tutto l'ammalato: anima e corpo.

Il relatore termina col criticare gli abusi che derivano dalla mancanza di tale armonia ed unità.

Il secondo relatore, prof. MOGILNICKI (Polonia), si occupa *dei principi economici dell'organizzazione tecnica dell'ospedale.*

La crisi economica, che ha turbato tutti i Paesi, costringe i Governi, Comuni e gli Enti ad usare la massima economia anche sull'assistenza ai malati. Mentre prima della crisi gli ospedali, in varie Nazioni, erano costruiti senza risparmio e presentavano un eccessivo lusso, oggi invece occorre bandire le cose superflue e limitarsi allo stretto necessario nell'assistenza ai malati.

L'economia estesa in tutti i campi dell'amministrazione deve però garantire il buon andamento dei servizi, abolendosi invece tutto il lusso superfluo, che non è in alcun modo necessario per il benessere del malato, il quale invoca la propria guarigione in ospedali pratici e comodi.

Terzo relatore è il prof. ing. BAUER del Politecnico di Zurigo il quale svolge il tema: *Possibilità e limiti dell'Elettrificazione nell'ospedale.*

Il relatore, dopo aver rilevato che l'elettricità ha recato negli ultimi due o tre decenni, un'evoluzione profonda nell'organizzazione dell'ospedale, intensificando in alto grado la sua missione umanitaria, esamina quali altre applicazioni dell'elettricità siano da attendersi nel futuro per la salute e per la cura del malato dalla collaborazione del medico e dell'ingegnere. E ciò non per quanto riguarda le applicazioni mediche propriamente dette, ma come mezzo energetico soddisfacente alla ricchezza di luce, di potenza motrice e di calore nell'esercizio dell'ospedale.

Il relatore si addentra poi nell'esame delle applicazioni mediche dell'elettricità, il cui ramo più importante è la tecnica dei raggi Roentgen; parla dell'impianto a bassa tensione nell'ospedale, dell'applicazione dell'elettricità per illuminazione, forza motrice e piccoli apparecchi; delle applicazioni termo-elettriche nell'esercizio tecnico dell'ospedale; della quantità d'energia, delle tariffe, degli impianti per l'attacco e la produzione dell'elettricità.

Esamina il lato tecnico ed economico dell'argomento e conclude dimostrando che nel progettare, nel costruire o nel condurre un ospedale sia compito precipuo dell'ingegnere specialista competente ed obbiettivo, l'aiutare col suo consiglio, l'amministrazione dell'ospedale.

Quarto ed ultimo relatore sullo stesso argomento è il prof. VAN DER LEEN (Paesi Bassi), il quale riferisce su: *Lo schema unitario della contabilità negli ospedali.*

Il relatore sostiene che una buona amministrazione economica basata su adatti elementi statistici è di grande importanza per ogni ospedale. Ciò serve ai malati perchè tende ad assicurare ad essi la più efficace cura con il minimo prezzo possibile. I metodi di tale amministrazione debbono essere pratici. L'Associazione internazionale ospedali dovrà perciò cercare di raggiungere delle norme per tutti gli ospedali. Occorrerebbe elaborare un progetto per queste norme ed all'uopo potrebbero riuscire utili le relazioni approvate già nel Congresso precedente a Knock-sur-Mer.

Primo relatore è mons. KREUTZ (Germania), il quale si occupa *dell'assistenza spirituale come parte dell'assistenza ospedaliera.*

Ogni ospedale — secondo l'oratore — deve risolvere vari compiti, che tutti servono per il bene del malato. Il primo è quello di far guarire il malato e renderlo di nuovo atto al lavoro; poi viene la missione educativa, e l'assistenza, che dovrà accompagnare il malato anche dopo la sua uscita dall'ospedale. Queste missioni compongono essenzialmente l'assistenza caritatevole, in cui dovrà prevalere l'assistenza religiosa, per sviluppare nel malato quelle condizioni morali e psichiche, che favoriscono la guarigione fisica. Il fedele potrà trovare nella sua religione molti elementi che gli procurano la tranquillità dell'anima.

L'assistenza religiosa ha molti mezzi per poter collaborare col medico in questo campo, essa potrà essere benefica non solamente ai malati, ma anche al personale ospedaliero. L'assistenza religiosa richiede però certe premesse per poter svolgere tale compito. Il prete stesso deve avere le qualità adatte. — cioè, deve essere capace di adattarsi, di inquadrarsi nell'organizzazione dell'ospedale, deve avere una vasta comprensione per i malati, esperienza della vita, certe cognizioni mediche, — tatto e prudenza. Da parte dell'ospedale invece il prete dovrà incontrare comprensione, stima e aiuto pratico per il suo lavoro.

Il secondo relatore prof. SOLLAZZO (Italia) svolge il tema sulla *posizione del medico rispetto agli altri servizi ospedalieri.*

Il compito del medico ospitaliero non si limita alla diagnosi ed alla cura dei malati, ma comprende un efficace e fattiva collaborazione con gli altri servizi, e specialmente con quello di assistenza diretta, con quello di assistenza sociale e con l'amministrazione ospitaliera.

Tale collaborazione permette di organizzare e coordinare i servizi seguendo un indirizzo medico razionale e di controllarne il rendimento al letto del malato.

Spetta soltanto al medico del riparto di prescrivere e sorvegliare le prestazioni mediche che l'infermiera esegue. Ma a questa va riconosciuta una certa iniziativa nelle altre attività assistenziali.

Il sanitario dovrà facilitare il compito dell'infermiera illustrandole i singoli casi ed aiutandola ad inserirsi nell'evoluzione della malattia.

L'infermiera dovrà dal canto suo collaborare riferendo al medico tutte le osservazioni ed i rilievi che le viene dato di fare presso l'infermo.

Nei riparti in cui prestano servizio allieve infermiere, il medico dovrà partecipare all'istruzione pratica ed anche all'istruzione teorica di queste.

Il servizio sociale è servizio indipendente, ma al sanitario addetto ai reparti di cura ed agli ambulatori spetta di dirigere l'assistente nelle questioni mediche come ad esempio quelle che riguardano l'accoglimento dell'infermo nell'ospedale, i provvedimenti profilattici nell'ambiente famigliare, le cure post-ospedaliere ecc.

I rapporti fra medico ed amministrazione sono di notevole importanza per l'economia di esercizio.

Il medico dovrà particolarmente curare che la permanenza dei malati nell'ospedale non si prolunghi oltre il necessario. Egli dovrà anche collaborare all'economia del riparto per quanto si riferisce al materiale sanitario di consumo, come il materiale di medicazione e specialmente i reagenti di laboratorio ed i medicinali.

Le prescrizioni di questi, ed in modo particolare quelle delle specialità farmaceutiche, dovrà essere limitata e regolata in base a criteri sanitari ed economici.

Molto interessante è stata anche la quarta seduta plenaria che ha considerato il tema: *L'importanza delle varie categorie del personale ospedaliero nei loro rapporti con l'esterno.* Ne sono stati relatori: NARKOMSDRAW (U.R.S.S.): *Il medico nell'Ospedale.* Prof. JIRASEK (Cecoslovacchia): *L'infermiera.* Dir. COONEY (Irlanda): *l'Amministrazione.* Marchesa DI TARGIANI GIUNTI (Italia): *L'assistenza sociale negli ospedali.*

Su *Una rivendicazione scientifica italiana* ha parlato, a proposito della dietetica il dott. G. ALBERTI mettendo in rilievo la grande importanza che ha nell'alimentazione ospedaliera la dieta tenue, purchè di grande valore nutritivo. Richiama pertanto una pratica largamente in uso negli ospedali italiani nei riguardi della scelta razionale delle minestre arricchite di glutine per malati e convalescenti, in sostituzione di una quota corrispondente di proteine animali, spesso controindicate. Tale pratica è confermata dall'uso vigente negli ospedali Nord-Americani. Ricorda poi che la scoperta del glutine è dovuta ad un nostro scienziato del secolo XVIII, J. B. BECCARI, alla cui memoria il mondo scientifico prepara a Bologna delle onoranze ad opera del prof. L. M. Patrizi e dell'Accademico BOTTAZZI.

Vivaci discussioni ha sollevato la questione della *sterilizzazione eugenica.* Nella Commissione « Eugenica », il dott. SCHULTZE (Germania) ha rilevato che mentre l'ospedale ha un compito positivo (quello di ripristinare l'efficienza vitale del malato) va oggi assumendone anche uno negativo, di privare cioè del potere procreativo i malati affetti da malattie ereditarie. A parere del relatore, tale norma ora in uso in Germania, verrà adottata da

tutti i paesi civili. L'ospedale, quindi, sarà chiamato ad esercitare questa azione di alto interesse sociale, in pieno accordo con i poteri governativi.

Nettamente contrario si dichiara il dott. Doherty (Irlanda) nella sua qualità di cattolico romano perchè chi, come lui, crede in Dio non può sovrapporsi ad una volontà superiore.

A nome della Delegazione Olandese, il dott. Groonenberg (Amsterdam) protesta contro il sistema adottato dalla Delegazione Tedesca il portare alla discussione del Congresso la questione relativa alla sterilizzazione, questione che offende ogni sentimento etico e religioso.

Controribatte il prof. Schultze affermando che la questione della sterilizzazione è strettamente tecnica e scientifica e, quindi, non può assumere carattere religioso e filosofico e rivendica ad essa il suo pieno diritto di cittadinanza dell'attuale Congresso Ospedaliero. Come la natura, egli aggiunge, esercita un potere selettivo sui suoi elementi tarati, così la società non deve mostrarsi in tale materia inferiore agli animali.

Nella seduta della Commissione di Eugenica, si era deciso di rimandare la questione al prossimo Congresso. Invece, nella seduta plenaria di chiusura, il prof. Lépine (Francia) ha osservato che debbono esulare, dal futuro Congresso, i problemi dell'eugenica e della sterilizzazione. La Francia si disinteresserà di tale questione, perchè l'ideale che persegue ed inspira il Congresso Ospedaliero è essenzialmente quello di apprestare le cure ai sofferenti.

A. Filippini.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunanza del 2 maggio 1935.

Presidente: Prof. P. Bastai.

La turbinocianosi nella diagnosi precoce della tubercolosi polmonare.

Pieri dott. P. F. — L'O. riferisce di un sintomo da lui rilevato e riscontrato costantemente in ammalati delle varie forme tubercolari dell'apparato respiratorio. Tale sintomo consiste in un colorito cianotico più o meno intenso dei turbinati inferiori, e può essere unilaterale o bilaterale a seconda della localizzazione della lesione riguardante l'apparato respiratorio.

Ne spiega la etiopatogenesi che riferisce a stimoli di varia natura sul simpatico mediastinico.

L'averlo riscontrato presente in fatti di adenopatie tracheo-bronchiali che, specie nei bambini, molte volte possono non presentare alcun sintomo clinico toracico, assume per l'O. un valore non indifferente in quanto può consentire d'indirizzare questi ammalati a quelle cure che possono portarli alla guarigione, prima che diventino delle vere forme tubercolari conclamate.

Conclude coll'augurarsi che questo sintomo, per la facilità con cui può essere rilevato da tutti i medici, possa essere confermato da altri studiosi, e contribuire così alla vera diagnosi precoce della tubercolosi.

Ricerca della spirocheta ittero-emorragica nei topi delle fogne di Firenze e dei topi di campagna e dintorni.

Berzi dott. A. — L'O. servendosi del metodo della inoculazione in cavia di frammenti di organi di topi delle fogne catturati in Firenze in vari quartieri della città ha rivelato la presenza di topi portatori sani della spirocheta ittero-emorragica in proporzione del 60 % (su 25 esemplari).

I ceppi di spirochete isolati si presentano scarsamente patogeni per la cavia e dopo il 2° o il 3° passaggio anche iniettando emulsioni molto dense di organi, non si riesce più a riprodurre la malattia nel suo quadro tipico.

La cultura praticata su terreno di Kaneko è risultata più volte positiva.

I Segretari: Proff. L. Picchi P. Niccolini.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 21 marzo 1935.

Presidente: Prof. F. A. Foderà

Frattura da strappamento del calcagno.

Dott. G. Lino. — Le fratture del calcagno furono in passato considerate quasi per intero come fratture da strappamento, di poi a strappamento si sostituì la teoria dello schiacciamento.

Teoria che predomina tuttora. L'O. illustra un caso che considera tipico da strappamento e ne discute ampiamente la prognosi e la terapia da seguire in simili casi.

Gonadi, colesterinemia, colesterinocolia.

Dott. G. Lino. — L'O. ha sperimentalmente studiato le modificazioni del tasso colesterinico nel sangue e nella bile in conigli e cavie maschi castrati.

Ha trovato in animali così trattati un aumento della colesterina nel sangue e nella bile.

Mettendo in rapporto questi con altri precedenti esperimenti già resi noti, e con ricerche chimiche e sperimentali di altri AA., fa notare la spiccata certa influenza dell'ormone sessuale sulla funzione epato-biliare.

Terapia malarica ed arsenobenzolica a forti dosi nella paralisi progressiva.

Dott. A. Lenza. — L'O. riferisce sui risultati della terapia malarica ed arsenobenzolica a forti dosi in 15 casi di paralitici progressivi, di cui 11 ad inizio recente e 4 antichi. Egli ha usato il metodo di Savulescu, il metodo di Ribaudi da lui stesso modificato e il metodo dei sali di calcio. I risultati furono perfetti per quanto riguarda l'aumento di tolleranza e molto migliori di quelli ottenuti con il vecchio metodo circa gli esiti immediati. I reperti umorali furono pure profondamente influenzati. I risultati medesimi sembrano specialmente notevoli nei casi con manifestazioni mentali recenti (10 remissioni complete in 11 casi).

L'O. ritiene che i nuovi metodi meritano di venire adoperati sistematicamente, segnando essi un importante progresso nella cura della neurosifilide.

Sulle risposte immediate del circolo generale arterioso all'aumento della pressione endocranica.

Dott. Renato Martinetti. — L'O. riferisce su proprie ricerche sperimentali condotte sul cane e nelle quali, riprendendo le classiche ricerche di Cushing, ha studiato le modificazioni immediate del circolo generale arterioso per l'aumento della pressione endocranica (introduzione di soluzione fisiologica nello spazio subaracnoideo).

In generale è soltanto elevando i valori della pressione endocranica ad un livello eguale a quello della pressione arteriosa, che si notano modificazioni nel circolo arterioso generale caratterizzate per lo più da ipertensione e bradicardia.

Gli animali in ipertensione sperimentale per denervazione delle zone cardio-aortiche e seno-

carotidee sono sembrati, in genere, sensibili anche ad aumenti relativamente modici della pressione endocranica.

L'O. descrive inoltre la difficoltà di mantenere a lungo l'ipertensione endocranica per la rapida, spontanea caduta della pressione endocranica stessa per « fuga » della soluzione fisiologica attraverso il seno longitudinale e le giugulari.

Tromboarterite multipla luetica.

S. Deleonadi e A. Giordano. — Gli OO. descrivono dal punto di vista clinico ed anatomoistopatologico un caso di tromboarterite multipla (mesenterica superiore, renali, poplitea destra) con infarto emorragico dell'intestino ed iniziale gangrena spontanea dell'arto inferiore destro in un uomo di 47 anni.

Dalla discussione diagnostica differenziale tra le varie forme di tromboarterite presenile (sindrome di Bürger, arteriosclerosi, sifilide, sepsi) essi sono indotti ad ammettere la natura nettamente luetica delle alterazioni vascolari riscontrate.

Il Segretario: Prof. G. Di Macco.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 6 maggio 1935.

Presidente: Prof. A. Pensa.

Agenesia del grande omento associata a vasto legamento anomalo peritoneo-epato-trasverso colico.

Dott. G. S. Donati. — L'O. illustra un caso di rara malformazione del peritoneo, agenesia completa del grande omento, a cui si accompagna un legamento anomalo peritoneo-epato-trasverso colico avente il valore di formazione congenita probabilmente destinata a supplire funzionalmente il legamento gastro-colico. E richiama l'attenzione su di una concomitante grave sindrome gastrica con carattere di stenosi piloro-duodenale, sostenuta esclusivamente dalla suddetta anomala formazione peritoneale.

Sui tumori benigni dello stomaco.

Dott. G. S. Donati. — L'O. illustra 4 casi di tumori gastrici benigni, due leiomiomi, un adenoma Brunneriano ed un adeno-papilloma peduncolato. Si insiste sulla difficoltà della diagnosi clinica dei tumori benigni dello stomaco, diagnosi che anche radiologicamente può riuscire molte volte assai ardua. Anatomopatologicamente si richiama la necessità di un'accurata indagine istologica sopratutto per differenziare certi miomi dai neurinomi, tumori che possono trarre in inganno ad un esame superficiale. Sono discussi brevemente i rapporti tra tumori gastrici e varie forme di anemia, i sintomi clinici nei presenti casi assolutamente tali da non permettere una diagnosi ed è rilevata la possibilità non del tutto eccezionale di trasformazione maligna dei tumori benigni dello stomaco che costituisce un'altra indicazione per l'intervento chirurgico.

L'ipertrofia pilorica nell'adulto.

Dott. G. S. Donati. — L'O. riferisce due osservazioni di ipertrofia pilorica dell'adulto in due soggetti di sesso femminile, di cui l'una di 27 e l'altra di 41 anni. Affezione assai rara in clinica, l'ipertrofia sembra si riscontri invece con una certa frequenza al tavolo autopsico; le ragioni di tale differenza sarebbero la mancata diagnosi in vita e l'esistenza di forme lievi clinicamente silenti. La principale caratteristica anatomica è che la lesione è costituita da una ipertrofia muscolare pura, analogamente alle ipertrofie piloriche del lattante. Dal punto di vista eziopatogenetico viene prospettata come ipotesi più probabile l'associazione di fatti congeniti e di fatti acquisiti, sopratutto di spasmi. Si ricorda ancora che la diagnosi clinica resta assai difficile sopratutto per la mancanza di una sintomatologia significativa. Nei riguardi della terapia viene confermata la necessità dell'intervento chirurgico giacchè le forme che cadono sotto la nostra osservazione sono sempre forme gravi. *Il Segretario*: Introzzi.

Accademia delle Scienze Mediche Naturali e Fisico-matematiche di Ferrara.

Adunanza del 2 maggio 1935.

Presidente: Prof. Merletti.

E. Brasi. — *Sulla reazione caratteristica della teobromina secondo La F. U.*

G. Travagli. — *Sopra un nuovo comportamento catalitico dei sali di mercurio.*

Risultati della cura dei postumi dell'encefalite letargica mediante il solfato neutro d'atropina.

G. Boschi e G. Campailla. — Cura schiettamente sintomatica. Risultati ottimi nel parkinsonismo post-encefalitico anche di antica data, nelle crisi oculogiri; nullo in un caso di spasmo di torsione.

Gli OO. consigliano, per aumentare la tolleranza dell'atropina, di crescere le dosi molte lentamente e di non raggiungere dosi assai elevate.

Si usa una soluzione al 0,50 % (una goccia corrispondente ad 1/4 di mmgr.) si comincia con 3 goccie *pro die*.

La dose optimum varia individualmente; in generale gli OO. sono rimasti su 8-10 mmgr. al dì.

Con le norme suddette i fenomeni d'intolleranza (secchezza della bocca, disturbi visivi, disturbi viscerali, ecc.) si sono ridotti al minimo.

Gli OO. mentre rilevano i vantaggi che si hanno adoperando l'alcaloide (esatta dosabilità) non disconoscono che in certi casi la droga in toto possa avere maggiore efficacia e sia da preferirsi per le note ragioni.

In terapeutica occorre essere sperimentalisti e individualisti: non negare a priori non essere esclusivisti.

Discussione: Prof. C. Merletti.

L'anemia di Cooley in gemelle monocorie lattanti.

M. Ortolani, G. Castagnari, P. Roccati. — Gli OO. hanno potuto seguire dalla nascita due bimbe gemelle monocorie di 10 mesi, le quali, già dall'inizio del secondo mese di vita, presentavano evidenti i segni della osteomopatia di Cooley complicata da lussazione congenita delle anche. L'abbondante messe di osservazioni, resa possibile da particolarmente favorevoli condizioni di studio fornite dalle piccole pazienti, ha permesso agli OO. di portare un contributo notevole alla conoscenza della patogenesi e posizione nosografica del singolare complesso sintomatologico.

Gli OO. richiamano in proposito l'attenzione principalmente sul costante e notevole abbassamento del tasso colesterinemico da essi riscontrato (gr. 0,6-0,7 cmc. di siero) che troverebbe conferma nei reperti dei pochi AA. i quali, studiando casi simili, si sono curati di indagare tale dato emochimico.

Discussione: Dott. Cannella.

Il Segretario: A. Vignali.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La sacro-coxalgia.

L'osteo-artrite sacro-iliaca è relativamente frequente e colpisce specialmente nell'età fra i 18 ed i 40 anni, soprattutto le donne; spesso è preceduta da un parto.

È importante conoscere le prime manifestazioni in modo da ricorrere al più presto al trattamento.

Uno dei segni più costanti dell'inizio è il dolore che ha caratteri particolari e cioè: 1) è a tipo sciatico; 2) ha sede in corrispondenza della regione malata, metà del bacino, metà della natica; 3) si irradia alla parte posteriore della coscia ed a quella esterna della gamba; 4) il più spesso spontaneo, tende ad esagerarsi con la marcia e la fatica; 5) variabile nella durata, nell'intensità, generalmente sordo e persistente; 6) ribelle ai rimedî antinevralgici, cede rapidamente al riposo completo.

Tale dolore è spesso l'unico sintoma a cui si possono associare dei segni generali discreti: astenia, perdita di appetito, lieve dimagrimento .

L'esame obbiettivo non offre sul principio nessun segno particolare; non punti dolorosi precisi, non limitazione dei movimenti dell'anca. Esso, però, va completato con l'esplorazione rettale (che va fatta guidandosi sul margine laterale del sacro dove si potrà mettere in evidenza un punto doloroso netto ed un certo impastamento) e con la radiografia del bacino. Con questa, si rileveranno una diastasi articolare spesso parziale inferiore, un'interlinea sfumata con qualche irregolarità e talora delle lesioni manifeste di osteite iliaca o sacrale.

Bisogna procedere senza indugio a tutte queste ricerche che, sul principio possono sembrare esagerate per una sindrome che si prende come una semplice nevralgia sciatica. Più tardi, si può formare un ascesso, con formazione di fistole, o anche un'infezione generale. La prognosi è dunque seria per i casi avanzati.

Nella diagnosi, L. Allard (*Bull. méd.*, 4 maggio 1935) consiglia, di fronte alla sindrome di nevralgia sciatica di eliminare anzitutto i dolori di origine renale o salpingo-ovarica e quelli dell'anca o dell'arto inferiore dovuti ad una coxalgia. La diagnosi si posa in seguito con le diverse algie di origine lombosacrale: il morbo di Pott può prestarsi a qualche confusione. Ancor più delicata è la diagnosi con le lombalgie delle artriti sacrali, dovute a lesioni traumatiche, congenite a lombalizzazione, sacralizzazione, spondilosi, spondilolistesi.

Per essere efficace, il trattamento deve essere precoce: cura climatica od elio-marittima, immobilizzazione ortopedica e chirurgica; l'artrodesi non va considerata come un trattamento curativo, ma come un coadiuvante di prima importanza. L'A. accenna poi alla terapia delle complicazioni. *fil.*

Le arteriti della tifoide.

Hanno generalmente sede agli arti inferiori e. contrariamente alla flebite, a destra; l'arteria più comunemente presa è la tibiale posteriore. M.-L. Girard (*Arch. méd. gén. et colon.*, anno III, n. 7) ha anche segnalato l'omerale e la carotide esterna.

Più frequente è la forma trombosante, ma vi sono anche arteriti parietali, che lasciano libera una parte del vaso.

La complicazione si osserva alla terza settimana, durante la convalescenza: dolore profondo nella zona affetta ed aumento di temperatura da 38°,5 a 40°; pallore livido al limite superiore, nettamente segmentario. Il tragitto dell'arteria è dolente, le oscillazioni al Pachon sono diminuite.

Alla fase obliterante compaiono inoltre torpore, formicolìo; l'impotenza funzionale è completa; l'arto è pallido e freddo, con marezzature color feccia di vino. Dopo una quindicina di giorni, compare il solco di demarcazione, che indica il livello dell'amputazione da praticare.

Nell'arterite parietale, i sintomi sono attenuati; si stabilisce una circolazione collaterale e la guarigione si fa senza distruzione dei tegumenti. La forma embolica è caratterizzata dalla comparsa improvvisa e dall'evoluzione rapida.

Il trattamento consiste anzitutto nell'uso di una pozione di citrato di sodio (g. 10 per 150) e di iniezioni ipodermiche di acetilcolina (10 cg.). Localmente, applicazioni di aria calda. L'amputazione sarà differita fino alla comparsa netta del solco.

Nella fase preobliterante, l'arteriotomia con asportazione del coagulo ha dato dei miglioramenti, ma i risultati non sono duraturi; si è anche proposta l'arteriectomia, che provoca una vasodilatazione periferica paradossale per simpatectomia completa. *fil.*

L'insufficienza renale nel bambino.

Le nefriti nel bambino hanno spesso un andamento grave; spesso ne è causa la tubercolosi, più spesso ancora la sifilide. Negli eredosifilitici, vi è abitualmente una deficienza renale, che si può mettere in rilievo con la prova dell'albuminuria provocata: si somministrano 5-6 albumi d'uovo, freschi, oppure si iniettano nel sottocutaneo 2 cmc. di bianco

d'uovo; l'esame frazionato delle urine permette di rilevare la presenza dell'albumina. Con tale esame, Zuccoli (*Journ. des praticiens*, 30 marzo 1935) ha trovato 5 prove positive su 10 eredosifilitici.

In 22 bambini pure eredosifilitici, la prova della sulfonfenolftaleina ha dimostrato alterata la permeabilità renale in 15. La costante di Ambard è anormale in oltre la metà dei casi.

In tali condizioni, si comprende che una causa insignificante basti per provocare una nefrite; talora un'angina fugace, altre volte nessuna infezione può riscontrarsi all'origine.

La nefrite è acuta o subacuta è può facilmente passare allo stato cronico, accompagnarsi ad azotemia ed anche ad ipertensione. In tutte queste forme è spesso in giuoco la sifilide ereditaria. Come conseguenza pratica si deve tener presente questa possibilità, il che consiglia la massima prudenza nella somministrazione del mercurio. *fil.*

Sonnolenza periodica ed accessi di sonno.

M. S. Kaplinsky e E. D. Sculmann (*Acta med. scandinava*, vol. 85, fasc. III-IV, 1935) descrivono ampiamente tre casi del genere; in uno il sonno non era profondo. In un altro, il sonno periodico terminava con accessi di amnesia completa. Gli accessi erano preceduti da un aumento del parkinsonismo il quale si ripeteva qualche tempo dopo gli accessi e lasciava dei residui che facevano pensare ad un'encefalite epidemica. In un terzo, l'accesso di sonno si presentava improvvisamente, con amnesia completa e sensazione di grave abbattimento.

Dall'analisi dei casi, gli AA. concludono per la natura epilettica di essi, probabilmente combinata con una specie di lesione a focolaio od a deficienze pure a focolaio che si manifestavano periodicamente, forse sotto l'influenza di disturbi del ricambio o dell'equilibrio endocrino.

Contrapposto a questo quadro, vi è quello dell'insonnia periodica, che gli AA. intendono studiare più a fondo in altro lavoro. *fil.*

Il trattamento delle emottisi.

G. Vaja (*Bull. méd.*, 4 maggio 1935) consiglia anzitutto di evitare nei casi emottoici i medicamenti ed i mezzi congestionanti (creosoto, guaiacolo, joduri, arsenico ad alte dosi, clima marittimo, elioterapia, raggi ultravioletti). Quando l'emottisi si manifesta, tenere il malato in riposo assoluto, con la vescica di ghiaccio al torace (che ha almeno il vantaggio di esigere il riposo nonchè di calmare l'eretismo cardiaco). Calmare la tosse con oppio od iniezione di morfina. Si può somministrare il cloruro di calcio alla dose di 4 grammi per 24 ore, specialmente se esisteva già un disturbo nella coagulazione del sangue.

Per aumentare la coagulazione sono utili la gelatina e la pectina; l'A. sconsiglia i sieri eterogenei, che possono dare degli attacchi evolutivi, ritiene invece molto utile *l'autoemoterapia*, che *rappresenta il rimedio d'urgenza delle emottisi gravi*; si usano quantità non inferiori ai 100 cmc. Essa è anche utile nelle emottisi recidivanti.

Fra i vaso-costrittori, si è pensato anzitutto all'adrenalina che però provoca ipertensione polmonare e vaso-dilatazione secondaria. Gli AA. italiani la consigliano, associata con coagulene o tromboplastina, per iniezioni endotracheali. Di azione lenta e limitata è l'ergotina.

Un medicamento che agisce sui vasi polmonari ed i muscoli bronchiali, provocando al tempo istesso un'ipercoagulabilità sanguigna è l'estratto del lobo posteriore dell'ipofisi. Per ottenere un'azione efficace e rapida, si fanno iniezioni endovenose di 1/2 cmc. diluito in 10 cmc. di siero fisiologico; si inietta molto lentamente, e con grande prudenza, poichè può provocare degli « shock ».

L'ipotensione può ottenersi con l'ipeca a dosi tali da provocare la nausea o, meglio, con l'emetina (iniezione sottocutanea di 4-10 cg.).

Molto utili sembrano le iniezioni sottocutanee di ossigeno, da 300 a 600 cmc., di cui talora basta una per arrestare l'emottisi; altre volte occorre ripeterle nei giorni seguenti. Sembra che siano più efficaci nelle emottisi che accompagnano un attacco evolutivo.

Morlock e Scott Pinchin hanno consigliato recentemente il rosso Congo, per iniezioni endovenose alla dose di 10 cmc. della soluzione all'1 %.

Quando l'emottisi è unilaterale e si prolunga, si ricorrerà al pneumotorace (ad insufflazione abbondante) od anche alla frenicectomia. *fil.*

Le iniezioni di zucchero negli sforzi degli sportivi.

F. Heiss (*Deut. med. Wochens.*, 10 maggio 1935) osserva che le mialgie che accusano spesso gli sportivi in seguito ad affaticamento non scompaiono con il trattamento fisico, nè con le varie iniezioni, nemmeno con quelle di novocaina.

I buoni risultati ottenuti da Natannsen e Happel (*Ibidem*, 1931) con le iniezioni di glucosio lo hanno indotto a provarle anche negli sportivi. Usa a tale scopo una soluzione di glucosio al 10 %, di cui inietta 3-10 cmc.; l'importante è di infiltrare tutta la durezza muscolare. Utile è l'aggiunta di novocaina (circa 2 cmc. della soluzione al 2 %); essa ha

i seguenti vantaggi: 1) assenza di dolori da iniezione; 2) scomparsa rapida e totale dei dolori nei punti iniettati, sicchè si può così controllare se l'iniezione è stata fatta nei punti giusti di infiltrazione; 3) possibilità di ripartire bene la soluzione con forti sfregagioni sulla parte. Con la scomparsa dei dolori, lo sportivo può riprendere rapidamente la sua attività.

Con tale metodo, si calmano bene anche i dolori periarticolari e quegli agli stinchi, dopo sforzi compiuti specialmente con la corsa su terreno duro. Invece, tale terapia è poco efficace per i muscoli dell'arto superiore, in cui le durezze muscolari sono anche meno facilmente delimitabili.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Contributo istologico allo studio del comportamento delle suture gastrointestinali umane in prossimità ed a distanza dall'intervento.

G. Distefano (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. XIII, fasc. 2) ha studiato le suture gastrointestinali su pezzi anatomici di soggetti che avevano subito una gastroenterostomia e le ha divise in suture recenti che appartengono a individui venuti a morte da due a 6 giorni dopo l'operazione per cause inerenti ad essa, e in suture antiche che appartenevano a gastroenterostomizzati morti due o più anni dopo per cause estranee alla operazione.

Da quanto risulta dalle ricerche istologiche condotte sui neostomi umani, conformemente alle ricerche sperimentali di altri AA., si può concludere che nel primo periodo prevalgono sul processo di guarigione delle suture gastrointestinali di fatti degenerativi su quelli poliferativi, specie a carico della mucosa.

In corrispondenza degli altri strati non esistono alterazioni degne di nota; al contrario a carico del peritoneo si notano i primi tentativi di saldatura fra lo stomaco e l'intestino.

Nelle sezioni istologiche dei neostomi di data antica, contrariamente a ciò che si notava in un primo tempo esiste una perfetta ricostituzione della mucosa, la quale in alcuni casi specie a carico dell'ansa anastomotica, fa tentativi di duodenizzazione come si può vedere per la presenza di ghiandole di Brunner e di villosità miste. A carico di tutti gli altri strati invece non si ha mai una ricostituzione completa, perchè fra i tessuti dello stomaco e quelli dell'intestino si trova sempre una neoproduzione connettivale.

Conclude quindi negando che l'ulcera postoperatoria sia favorita dalla sutura per se stessa, ma pensa piuttosto, che dovrà essere attribuita alle stesse cause che hanno prodotto l'ulcera primitiva, le quali cause agiscono su un terreno costituzionalmente predisposto.

N. Di Paola.

VARIA

Le impronte digitali per lo studio della razza e della costituzione.

Secondo H. Kirchmair (*Münch. med. Wochens.*, 1935, n. 14 e *Deut. med. Wochens.*, 10 maggio 1935) il tipo spianato predomina nelle impronte digitali umane. Nei gemelli uniovulari, le impronte delle dita corrispondenti non sono perfettamente uguali; hanno un tipo, pure oscillando in limiti di una certa ampiezza.

Negli individui dell'Asia orientale o comunque di origine asiatica, il numero dei vortici è molto maggiore che negli individui del nord dell'Europa, in cui predomina il tipo appiattito e ad arco. Nei tedeschi, la maggior parte delle impronte presenta il tipo appiattito.

È probabile che esistano dei rapporti fra il dattilogramma, il gruppo sanguigno e la predisposizione a malattie. Nelle ricerche fatte in proposito ad Amburgo sulle impronte digitali e sui gruppi sanguigni di molti bambini, si è rilevato che vi sono grandi variazioni nella ripartizione di questi caratteri personali, secondo i varî strati sociali e ciò forse in conseguenza del fatto che si tratta di un grande porto a cui sono affluiti molti individui di razze straniere. Forse questo studio potrebbe portare a grandi disillusioni sulla così detta razza pura a cui i tedeschi di oggi agognano tanto.

fil.

Etica professionale in Germania.

La Camera Medica Prussiana ha preso varie deliberazioni, tra cui le seguenti: è vietata la cessione della clientela (questa forma di attività in Italia non è stata mai in uso: la clientela da noi non è considerata come un gregge); viene regolamentato l'uso delle targhe (per quanto riguarda la grandezza e le indicazioni; è fatto divieto d'indicarvi una doppia specializzazione e le cariche ospedaliere); non è ammesso di cambiare specialità con le stagioni; è anche fatto obbligo di frequentare, nel 1935, un corso sui tumori maligni.

(Da « Igea », allegato agli « Ann. d'Ig. », n. 1, 1935).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

L. Ajello. *Spunti patogenetici di patologia gravidica.* — Stab. Tip. Santi Andò, Palermo, 1934.

V. Mauro. *Effetti della inalazione sperimentale di amido sulle vie respiratorie.* — Tip. A. Panaro, Napoli, 1934.

E. Rabkin. *Le trachome et la lutte contre le trachome dans l'Union Sovietique.* — Kharkov, 1934.

G. Coronedi. *A proposito di solfoterapia.* — Tip. Ed. Minerva, 1934.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Il corpo sanitario delle Ferrovie dello Stato.

Discutendosi il bilancio delle Comunicazioni nella seduta del 17 maggio, il sen. Devoto ha confermato la perfezione dei nostri servizi ferroviari, già rilevato dal Ministro alla Camera dei Deputati, ed ha aggiunto:

« Da medico, io tengo a fare una più particolare precisazione di benemerenze. Mi riferisco al personale sanitario delle Ferrovie dello Stato. Questo corpo si è costituito una riputazione scientifica sua propria, e si è particolarmente fatto riconoscere durante la guerra e soprattutto nel dopo guerra. Esso comprende dei colleghi che, oltre ad adempiere scrupolosamente alle loro specifiche mansioni, attendono a studi di carattere igienico, medico-sociale, che onorano la nostra nazione, e anche in grazia del materiale che raccolgono dalle organizzazioni di previdenza e di assistenza, che da tempo hanno messo in bella vista l'Amministrazione ferroviaria italiana, essi tornano utili con questi conferimenti.

Tali insigni colleghi sono considerati da moltissimi di noi quali collaboratori preziosissimi e nei convegni di medicina sociale, di medicina del lavoro, di medicina legale, nazionali e spesso internazionali, essi fanno degna figura e come relatori e come autori di comunicazioni originali.

Nei nostri corsi di perfezionamento, nei corsi di aggiornamento, noi ci rivolgiamo al Ministro delle Comunicazioni ed alla Direzione delle Ferrovie, perchè ci si consenta di averne la collaborazione. Questi medici vengono presso di noi e portano il contributo di osservazioni in campi, che sono lontani da noi, ossia quelli della complessa attività medico-ferroviaria.

Amo anche ricordare che uno dei migliori trattati attinenti all'Igiene dei trasporti lo dobbiamo ad un funzionario delle Ferrovie dello Stato, il dott. Filippini, e che del primo trattato, riguardante la nuovissima legge sulla assicurazione contro le malattie professionali, è autore un altro funzionario delle Ferrovie, il prof. Arnolfo Ciampolini. Questo nostro elogio ai medici va anche esteso ai criteri, ormai basilari, su cui si basa il reclutamento del personale viaggiante delle ferrovie. Personale che è scelto con rara saggezza, che si presenta oltremodo bene sotto tutti gli aspetti, anche in quello fisico e in quello morale e aggiungerei anche con quel costante decoroso rispetto verso il pubblico, che viene tanto apprezzato specialmente dai forestieri che visitano il nostro Paese ».

Le condizioni sanitarie in Eritrea.

È ritornato a Roma dall'Eritrea, ove erasi recato col Sottosegretario alle Colonie on. Lessona, il sen. Castellani, il quale aveva avuto incarico di constatare personalmente la situazione sanitaria nella nostra Africa Orientale, non tanto nella popolazione metropolitana ed indigena, quanto nei soldati e nei militi e nelle masse operaie che vi sono affluite e seguitano ad affluirvi, per le eventuali indicazioni.

Al suo ritorno il sen. Castellani ha fatto dichiarazioni tranquillanti.

Ha precisato:

« La zona alta e temperata in Eritrea comincia oltre Ghinda, sotto Nefasit. Mentre nella zona alta si verificano le malattie cosmopolite, cioè quelle che si verificano ovunque, principalmente le malattie dell'apparato respiratorio, nella zona bassa oltre queste malattie si trovano frequenti le malattie tropicali, colpi di sole, la febbre dengue, la malaria, la dissenteria.

« La salute dei nostri soldati e dei nostri militi è eccellente. Ciò è dovuto, oltrechè alle misure profilattiche, al fatto che le truppe sono quasi tutte dislocate nella zona alta, cioè temperata. Nei nostri soldati e nei nostri militi la morbilità è del 3 per cento inferiore che nella metropoli.

« Il morale è altissimo: tuttavia le misure sanitarie devono essere non soltanto continuate, ma intensificate, perchè è necessario ricordarsi che gli europei i quali vanno nei tropici, nei primi mesi sono come stimolati dal cambiamento del clima e si sentono pieni di vita e di vigore. Poi si inizia il periodo di astenia e di stanchezza e divengono più facili a contrarre morbi ed infezioni. Contro questo pericolo dunque bisogna premunirsi.

« Anche la situazione sanitaria della popolazione indigena è soddisfacente. Per la popolazione civile bianca e indigena vi sono diversi ospedali, all'Asmara, a Massaua, che stanno ingrandendosi ed attrezzandosi grazie alla sollecitudine delle autorità.

« Gli operai sono riuniti in cantieri di cui una parte in zona alta e una parte in zona bassa. La salute nei cantieri in zona alta è eccellente; quella nei cantieri in zona bassa e torrida è buona. Sono circolate voci di epidemie, di mortalità; sono voci senza fondamento.

« In una massa così ingente di lavoratori vi è qualche caso di colpi di calore con mortalità minima. Vi sono anche naturalmente casi di malaria e dissenteria, ma niente, per ora almeno, di allarmante! I casi di malaria nelle zone torride sono meno dei casi di malaria che si verificavano nelle regioni italiane prima che fossero bonificate dal Regime.

« Questa situazione è dovuta all'assistenza sanitaria che di giorno in giorno è intensificata e perfezionata.

« Come in tutte le grandi organizzazioni qualche menda ci sarà stata. Ma non è dello stile fascista sostare e addormentarsi. L'organizzazione e con essa la situazione sanitaria dell'Africa Orientale saranno sempre più e meglio controllate e perfezionate ».

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Divieto ai produttori della vendita di medicinali.

La Direzione Generale della Sanità Pubblica, confermando precedenti disposizioni al riguardo, ha recentemente messo in rilievo che la vendita dei medicinali è vietata ai produttori e ai venditori all'ingrosso, e che le Amministrazioni pubbliche e private, nonchè gli Enti assistenziali o benefici, che provvedono comunque alla somministrazione di medicinali, dovranno acquistarli nelle farmacie dai farmacisti. Questi poi hanno l'obbligo di concedere gli sconti almeno nella misura minima indicata in analoga tariffa.

Trasfusione di sangue e impiego di siero di convalescenti e di guariti.

Un decreto del Ministero dell'Interno, in data 3 giugno, disciplina tale materia; esso viene illustrato da una circolare della Direzione Generale della Sanità Pubblica, in data 4 giugno. Ci riserviamo di tornare sull'argomento nel prossimo numero.

MEDICINA SOCIALE

L'attività dell'O. N. M. I. nel 1934.

Ecco i dati relativi all'attività dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia nel 1934:

1) Numero delle persone assistite durante il 1934: gestanti, nutrici, bambini assistiti mediante ammissione ai Consultori ostetrici e pediatrici, asili materni, refettori materni, asili nido, asili infanzia, istituti di educazione e di avviamento professionale, collocamento presso allevatori, preventori infantili, assegni alimentari ecc.: 1 milione 96.567

2) Gestanti e madri nubili, fanciulli abbandonati, traviati, delinquenti, assistiti mediante provvedimenti morali (ammissione ai centri di osservazione per minorenni e relativi consultori, istituti di rieducazione, assistenza nel corso di giudizi penali, riconoscimento legale dei figli naturali, legalizzazione di unioni illegittime) 73.161.

3) Spose alle quali è stato assegnato il premio di nuzialità e bambini ai quali è stato assegnato il premio di natalità: 8.654.

4) Madri alle quali è stato assegnato il premio di allevamento igienico del bambino: 17.910.

Totale: 1.196.292.

5) Numero dei provvedimenti assistenziali di carattere igienico materiale e morale resi nel triennio 1932-1934.

Nel 1932: 1.272.258; nel 1933: 1.871.835; nel 1934: 2.412.963.

Differenza in più nel biennio 1933-1934: 541.128.

6) Istituzioni create dall'Opera pel suo funzionamento (Consultori ostetrici, pediatrici, asilo nido, refettori materni, dispensari latte: nel 1933: 7.321; nel 1934: 8.535.

Differenza in più nel biennio 1933-34: 1.214.

Cronaca del movimento professionale.

Convenzione italo-francese sui titoli professionali.

Il Ministero degli Affari Esteri d'Italia ha comunicato (« Gazzetta Ufficiale », 14 gennaio 1935, XIII, n. 11), che il 7 gennaio 1935 è stata ratificata la convenzione di stabilimento con la Francia.

In questa convenzione, che è entrata in vigore con il 23 gennaio 1935, non solo è riconosciuta reciprocità pure per l'esercizio delle professioni per i soggetti dei due Stati Italiani e Francese (art. 2), ma è anche esplicitamente stabilita l'equivalenza dei diplomi, titoli di studio, ecc., conseguiti nell'uno e nell'altro stato, diplomi, titoli, ecc., da ammettersi così validi in ciascuno di detti Stati (art. 10 p. p.); ed inoltre è espressamente disposto che titoli, diplomi, ecc., legittimamente conceduti dalle Autorità dell'uno o dell'altro Paese dànno diritto ad esercitare — tanto in Italia che in Francia — le stesse professioni consentite in ciascuna di dette Nazioni (art. 10 p. c. p. v.).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGRIGENTO. *Amministraz. Provinciale.* — Scad. 4 luglio; 2 posti di medico assistente presso l'Ospedale Psichiatrico Provinciale; L. 10.000 lorde e 4 quadrienni di L. 700; età limite 35 a. Rivolgersi alla Segreteria Generale.

ANCONA. — Posto di assistente sanitaria visitatrice del Dispensario Provinciale Antitubercolare di Ancona. Stipendio L. 7900 oltre servizio attivo L. 1343; età massima anni 40, salvo deroga di legge. Titolo: diploma di abilitazione alla professione di assistente sanitaria visitatrice. Il concorso è aperto fino al 30 giugno 1935. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Provincia, piazza Roma, Ancona.

BORGOSESIA (*Vercelli*). — Scad. 31 agosto; primario di medicina direttore sanitario; età limite 45 anni; 7 anni di laurea; titoli speciali in igiene; 5 anni di servizio effettivo presso Ospedali o Cliniche o reparti corrispondenti al ramo sanitario per il quale è bandito il concorso; documenti a 3 mesi dal 21 maggio; stip. L. 6000, indennità direzione L. 2000, indennità residenza L. 2000, partecipaz. 50 %. Servizio entro 20 giorni. Chiedere annunzio.

BRESCIA. *R. Prefettura.* — Sono stati banditi i concorsi per 23 posti di medico condotto, 3 di ufficiale sanitario e altri. Scad. 31 agosto, ore 19. L'Ufficio Medico Provinciale invia, a richiesta, copia del bando di concorso.

BRINDISI. *R. Prefettura.* — Scad. 31 luglio, ore 20; concorsi a 6 posti di ufficiali sanitari (3 comunali e 3 consorziali); stipendi L. 3500-L. 7000; 5 quadrienni dec.; per i consorzi indenn. cavalc. L. 1500. Chiedere copia del bando all'Ufficio Medico Prov.

CAGLIARI. *R. Prefettura.* — Scad. 15 agosto, ore 12; 14 condotte mediche. Stipendi base L. 6000-L. 10.000. Chiedere copia del bando di concorso all'Ufficio Medico Provinciale.

CAGLIARI. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Scad. 25 luglio; medico direttore del Consorzio e del Dispensario Provinciale; L. 20.000 e 3 quinquenni decimo, oltre L. 5000 serv. att.; età lim. 40 anni; tassa L. 50,10. Rivolgersi alla Presidenza.

CATANIA. *R. Prefettura.* — Scad. 31 luglio; ufficiali sanitari di Castiglione, Giarre e Paternò. Rivolgersi alla R. Prefettura o ai Comuni interessati.

CATANIA. *R. Prefettura.* — Scad. 31 luglio. Concorso alle condotte mediche di: Aci Bonaccorsi, Aci Catena, Arano, Licobia Eubea, Linguaglossa, Ramacca, S. Agata li Battiati, S. Como, Trecastagni. Rivolgersi alla R. Prefettura o ai Comuni interessati.

FIRENZE. *R. Prefettura.* — Scad. 31 luglio. Concorso per titoli ed esame alle condotte mediche di: Carmignano, Figline Valdarno, Firenzuola, Montemurlo, Montespertoli, Prato (2 posti), Vaglia, Vinci. Età limite 35 anni. Rivolgersi alla R. Prefettura o ai Comuni interessati.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Vice primario medico e vice primario chirurgo; L. 5000, detratte le ritenute; nomina fino a 3 e conferme triennali, non oltre 45 anni; concorso riservato al sesso maschile; titoli ed esami; laurea da 4 anni; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 30 maggio. Scad. 30 luglio, ore 15. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria (Ospedale di S. Martino).

GENOVA. *R. Prefettura.* — Scad. 30 luglio; concorso a 11 condotte mediche, di cui 8 nel Comune di Genova.

GENOVA-SAMPIERDARENA. *Ospedali Civili.* — Aiuto chirurgo, aiuto neurologo e aiuto radiologo; proroga al 30 giugno, ore 17; L. 5000, detratte le ritenute; compartecipaz. per il primo ed il terzo posto; titoli ed esami. Nomina triennale, conferme biennali, fino a 45 anni. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria (Corso Roma, Sampierdarena).

GHILARZA (*Cagliari*). *Congregazione di Carità.* — Concorso posti Direttore ed Assistente Sanitaria Dispensario Antitubercolare. Stipendio annuo lire 3600 lordo e L. 4800, rispettivamente, oltre L. 1200 indennità trasferta, nette, assistente sanitaria. Scadenza Direttore 25 luglio 1935-XIII, Assistente sanitaria 25 giugno 1935-XIII. Schiarimenti rivolgersi alla Segreteria.

GIOIA DEL COLLE (*Bari*). *Ospedale Paradiso.* — Scad. 7 luglio; medico ordinario; L. 13.000 lorde; età limite 45 anni. Rivolgersi alla Segreteria.

GROSSETO. *R. Prefettura.* — Scad. 27 agosto; concorso a 8 posti di medico condotto.

LECCE. — Con avviso del 29 maggio u. s., il presidente del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Terra d'Otranto, informa che il concorso al posto di Direttore del Consorzio-Direttore del Dispensario Provinciale Antitubercolare, bandito con avviso del 25 marzo corrente anno, è prorogato al 31 luglio prossimo venturo.

PADOVA. *R. Prefettura.* — Scad. 29 luglio. Concorso per titoli ed esame alle condotte mediche di: Padova (2 posti), Abano Terme, Arquà Petrarca, Bovolenta, Carrara S. Giorgio (consorzio), Grantorto, Limena, Meserà di Padova. Età limite 35 anni al 25 maggio. Rivolgersi alla Prefettura o ai Comuni interessati.

PESARO. — Posto di medico primario e vice-direttore dell'*Ospedale San Salvatore* alle dipendenze della Congregazione di Carità. Stipendio annuo L. 9000 suscettibili di sei aumenti triennali di un ventesimo; indennità di servizio attivo L. 1200, caro-viveri come gli altri impiegati dell'Ospedale, L. 500 per le funzioni di vice-direttore; oltre alle percentuali stabilite sulle tasse di cure mediche, visite ambulatorie, esami dei Gabinetti, ecc. dei paganti. Stipendio e indennità sono soggetti alle riduzioni e trattenute di legge, le compartecipazioni alla sola ritenuta di ricchezza mobile. Età minima anni 30 e massima anni 45 salvo eccezioni di legge. Laurea in medicina e chirurgia e certificato di servizio prestato per un quinquennio in reparti medici ospedalieri o cliniche con un numero di letti non inferiore a cento, con qualifica non inferiore ad assistente. Scadenza del concorso ore dodici del 31 agosto 1935. Domande, documenti, schiarimenti alla Segreteria della Congregazione di Carità di Pesaro.

PIOVE DI SACCO (*Padova*). — *Ospedale Civile.* — Scad. 29 giugno; medico primario; L. 9925 e 5 quadrienni dec., oltre L. 565 per servizio nel Reparto Psichiatrico; c.-v.; al netto di riduzioni e soggette alle ritenute di legge. Rivolgersi alla Segreteria.

SIRACUSA. *R. Prefettura.* — Scad. 31 agosto; concorso a 3 condotte mediche; L. 10.000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 1200 serv. att.; tassa L. 50.

TRENTO. *R. Prefettura.* — Scad. 31 luglio; concorso a 12 condotte mediche.

UDINE. *R. Prefettura.* — Scad. 31 luglio, ore 18; coadiutore e assistente nel reparto med.-micrograf. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi; stipendi L. 12.500 e L. 11.000, aumentabili; indenn. serv. att. L. 3000 e L. 2000; compartecipaz. 15 % e 10%; tassa L. 50. Per le altre condizioni chiedere copia dei bandi di concorso.

VICENZA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per titoli ed esami. Direttore di Sezione Dispensariale: Posti uno Classe I, stipendio annuo L. 8000, supplemento servizio attivo L. 1000; Posti due Classe II, stipendio annuo L. 6000, supplemento servizio attivo L. 1000. Scadenza 31 luglio 1935-XIII. Documenti di rito. Chiarimenti alla Segreteria del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Vicenza.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il premio in memoria del prof. Enrico Sereni di L. 2000 per laureati negli anni scolastici 1933-34 e 1934-35 è stato vinto dal dott. Erminio Carlinfanti, per la tesi di laurea « La dottrina dei sottogruppi sanguigni dal punto di vista biologico e clinico. Nuovi extraricettori rivelati con esperienze immunitarie ». Rallegramenti cordiali al nostro valoroso collaboratore.

La « Società di chirurgia » della Romania ha eletto presidente per il 1935 il prof. Jacobovici.

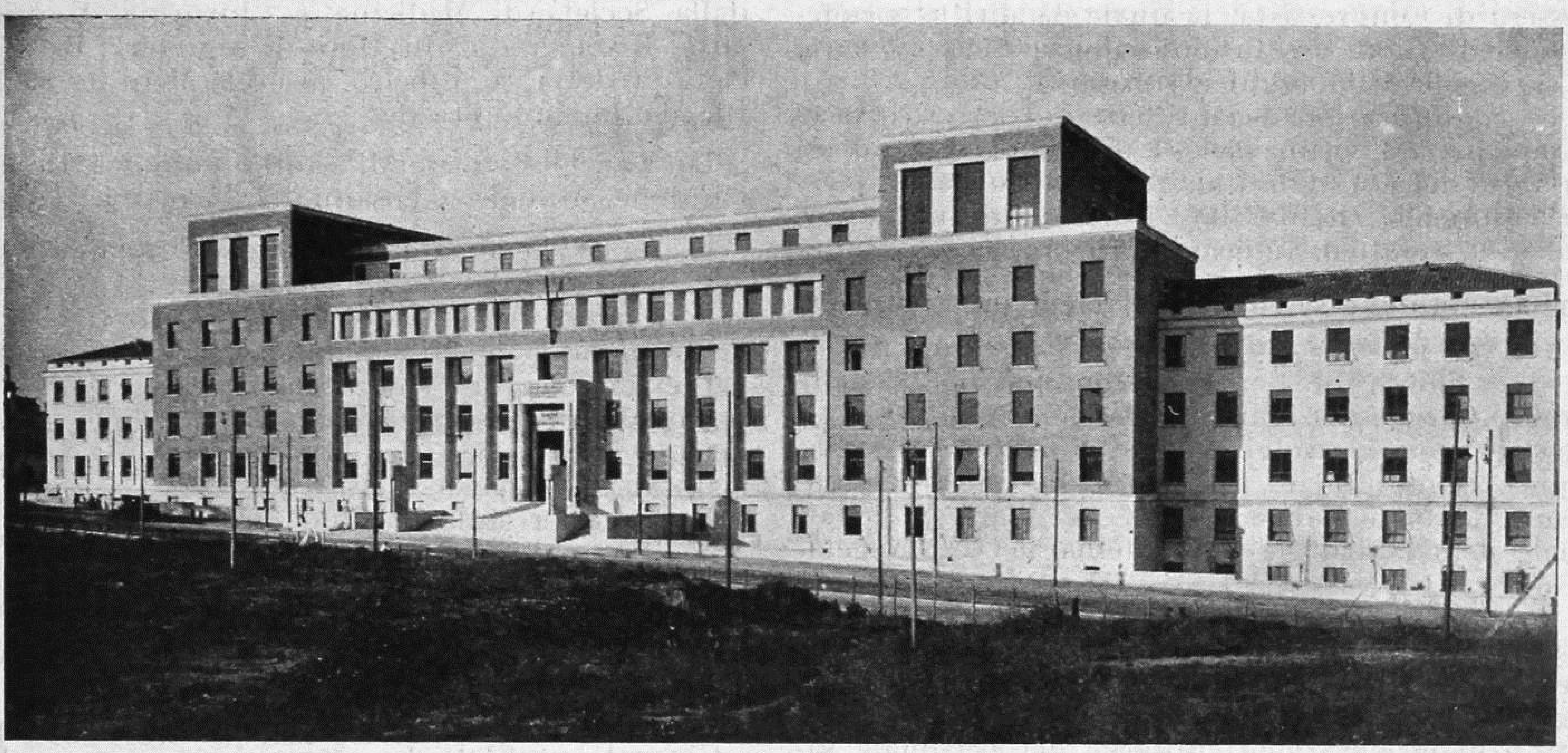
ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatore: dott. Silvio Angiolani, Ancona.
Cavaliere: dott. Giovanni Di Lullo, Napoli.

NOTIZIE DIVERSE

All'Istituto della Sanità Pubblica.

Il 27 maggio S. E. Dante De Blasi, direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Napoli, accademico d'Italia, presidente del Comitato Medico al Consiglio Nazionale delle Ricerche, ha assunto ufficialmente la direzione del nuovo Istituto di Sanità Pubblica, alla quale è stato chiamato dalla fiducia del Governo come già ne abbiamo dato notizia.



(Servizio Fotografico dell'Istituto di Sanità Pubblica).

Il prof. De Blasi fu presentato dal direttore generale della Sanità Pubblica, S. E. Gaetano Basile.

Il nuovo Istituto eretto in Roma, rappresenta un'insigne benemerenza del Regime. Esso ha accolto i laboratori scientifici della Direzione Generale della Sanità Pubblica, ampliati, aumentati di numero e adeguati alle nuove esigenze della vita sociale; annovera i laboratori di microbiologia, chimica, fisica, lotta antimalarica, biochimica, ingegneria sanitaria, epidemiologia, una biblioteca, un museo.

Modernamente attrezzato per impianti e mezzi strumentali, con un esperto personale tecnico e sotto l'alta guida di uno scienziato di raro valore, potrà non solo attendere in modo perfetto alle funzioni di vigilanza e di controllo, ma anche affrontare elevate e complesse ricerche scientifiche, che interessino la salute pubblica e il miglioramento della stirpe. Provvederà inoltre alla specializzazione del personale tecnico dei varî gradi ed a promuovere la propaganda educativa nel campo igienico-sanitario.

Il nome del De Blasi costituisce la migliore garanzia per l'avvenire dell'Istituto.

3° Congresso internazionale di patologia comparata.

Si terrà in Atene, dal 15 al 18 aprile 1936, sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica Ellenica.

Il Governo Italiano è stato ufficialmente invitato a farsi rappresentare.

All'ordine del giorno trovansi argomenti di grande attualità, come: le nefrosi e le amilosi, le echinococcosi, le leishmaniosi, le spirochetosi, le avitaminosi, le infezioni anaerobiche, l'immunità nei vegetali, ecc.

È desiderabile che gli studiosi italiani partecipino in buon numero a tale Congresso, cui è assicurato un largo intervento da parte degli studiosi di tutti i paesi civili.

A questo scopo si è costituito in Roma, a cura del prof. G. Sanarelli, presidente di onore, un Comitato Nazionale cui hanno aderito molti fra i più eminenti rappresentanti delle discipline biologiche.

Il Comitato è così costituito: Presidente: prof. G. Sanarelli, direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Roma. Membri per la sezione medica: proff. Alessandrini A. (Catania), Ascoli M. (Palermo), Azzi A. (Torino), Belfanti S. Milano), Businco A. (Palermo), Califano L. (Bari), Castellino N. (Napoli), Costa A. (Perugia), D'Amato L. (Napoli), De Blasi D. (Napoli), De Vecchi B. (Firenze), Di Guglielmo G. (Catania), Ferrannini A. (Napoli), Ferrannini L. (Bari), Franchini G. (Modena), Franco E. E. (Bari), Frugoni C. (Roma), Gamna C. (Siena), Guerrini G. Padova), Manfredi L. (Palermo), Micheli F. (Torino), Monti A. (Pavia), Morpurgo B. (Torino), Ottolenghi D. (Bologna), Pende N. (Genova), Pepere A. (Milano), Puntoni V. (Roma), Redaelli P. (Catania), Reitano U. (Roma), Rondoni P. (Milano), Sabatini G. (Sassari), Sanfelice F. (Pisa), Sangiorgi G. (Bari), Sotti G. (Roma), Tarozzi G. (Bologna), Truffi M. (Padova), Veratti E. (Pavia), Verdozzi C. (Cagliari), Vernoni G. (Roma), Volpino G. (Messina), Zagari G. (Napoli). Per la sezione di medicina veterinaria: proff. Altara I. (Torino), Ascoli A. (Milano), Bardelli P. C. (Padova), Cominotti L. (Torino), Ghisleni P. (Torino), Lanfranchi A. (Bologna), Leinati L. (Torino), Marcone G. (Pisa), Messieri A. (Camerino), Perrucci P. (Roma), Ronca V. (Pisa), Rook O. (Perugia), Stazzi P. (Milano). Per la sezione di patologia vegetale: proff. Carbone D. (Milano), Gorini C. (Milano), Montemartini L. (Palermo), Peglion V. (Bologna), Perotti R. (Pisa), Petri L. (Roma).

Il Comitato rivolge un vivo appello agli studiosi italiani affinchè, con la loro presenza e con le loro

comunicazioni scientifiche, si affermino degnamente in così importante Convegno internazionale.

La tassa di iscrizione è di 100 franchi per i membri attivi e di 50 franchi per i membri associati (persone di famiglia, ecc.). Le adesioni e le quote di iscrizione dei Congressisti, anche degli stessi membri del Comitato Nazionale, dovranno essere inviate direttamente al Segretariato generale del Congresso: prof. A. Codounis, 40, rue Didotou, Atene. Il Segretario generale di Atene invierà subito la tessera di Congressista, la quale dà diritto a notevoli facilitazioni e riduzioni sulle tariffe ferroviarie e su quelle di alberghi e ristoranti.

Le comunicazioni scientifiche dovranno, invece, essere inviate, prima del 31 dicembre 1935, al segretario del Comitato italiano, prof. N. Favia, piazza Viminale 7, Roma (105), cui sono da richiedere anche le eventuali informazioni complementari.

Prima riunione scientifica di medicina e chirurgia ospedaliera.

Si è tenuta in Roma, a completamento delle grandi manifestazioni ospedaliere (Congresso e Mostre), con lo svolgimento di due temi di relazione: l'uno affidato al prof. S. Pisani (Il reumatismo acuto) e l'altro al prof. G. Pieri (Stato attuale della chirurgia del sistema nervoso vegetativo).

È stato bene che, alla rassegna importante delle forze costruttive nel campo dell'assistenza e previdenza sociale compiuta con le manifestazioni ospedaliere, si sia aggiunta l'espressione della maturità e della elevazione culturale del personale sanitario ospedaliero, che dei nostri istituti ospedalieri rappresenta la più vitale energia ed il più fecondo impulso di progresso.

Entrambe le conferenze sono state seguite col massimo interesse da un folto uditorio.

Un po' dovunque.

Nella ricorrenza dello Statuto, si è tenuta la riunione solenne di chiusura dell'anno accademico alla Reale Accademia dei Lincei, presente il Sovrano.

Venne annunziata la nuova Fondazione Bocconi per gli studi sul cancro (lire 130.000).

Il premio Grassi è stato conferito al prof. Arturo Palombi.

Il 4 giugno si è svolta in tutta Italia la festa per la fondazione della Sanità Militare, con austere cerimonie. Alla cerimonia di Milano intervenne il duca di Bergamo.

Alla R. Università di Bologna è stato solennemente commemorato il 20° annuale dell'entrata in guerra dell'Italia, con un discorso della medaglia d'oro S. E. Raffaele Paolucci, vice-presidente della Camera.

L'« Unione Terapeutica », associazione internazionale, terrà la sua assemblea generale il 9 ottobre nei locali della Facoltà medica di Parigi. Nello stesso giorno si terrà l'assemblea plenaria della stessa Associazione e della Società di terapia di Parigi.

Rivolgersi al segretario generale, Dr. G. Leven, rue Théhéran 24, Paris VIIIe, Francia.

Si è tenuto a Bucarest un Congresso dei chirurghi alla Piccola Intesa. L'on. prof. Raffaele Paolucci, di Bologna, invitato dalla Società romena di chirurgia, ha eseguito arditi interventi di alta chirurgia addominale e polmonare.

Dal 18 al 20 maggio si è tenuto a Belgrado il 2° congresso dei radiologi jugoslavi. All'inaugurazione intervenne il Ministro della sanità pubblica.

La 2ª assemblea degli ostetrici spagnoli si è tenuta al 27 al 29 maggio nel Collegio dei medici di Madrid, sotto la presidenza del dott. Navarro Blasco.

Il 1° Congresso brasiliano del cancro avrà luogo dal 20 al 27 ottobre, organizzato a Rio de Janeiro dalla Società di Medicina e Chirurgia di questa città. Rivolgersi al direttore di segreteria della Società predetta, A. Ribeiro, avenida Mem de Sa 197, Rio de Janeiro, Brasile.

La Società Svizzera di sanità pubblica tiene la riunione annuale a Losanna il 15 e il 16 giugno.

La Società tedesca di neurologia e psichiatria doveva adunarsi dal 28 al 30 agosto in Dresda, insieme alla Lega tedesca di psichiatria; ma la riunione è stata rimandata al 2-4 settembre, per evitare la coincidenza con il Congresso internazionale sulla scienza della popolazione, già indetto a Berlino dal 9 al 15 settembre ma poi spostato al 26-31 agosto.

Per ulteriori informazioni rivolgersi al Dr. Nitsche, Pirna A. E., Germania.

Dal 20 al 27 luglio si terranno le giornate mediche organizzate dall'Associazione Medica dello Honduras.

Dal 6 all'8 giugno si sono svolte a Bordeaux le « Giornate profilattiche » organizzate a cura della Commissione per la prevenzione delle malattie veneree.

La 21ª riunione del Gruppo centro-meridionale ed insulare della Società Italiana di Radiologia Medica è stata rinviata ad epoca da destinarsi.

La Società Medico-Chirurgica Bergamasca si è adunata il 29 maggio, sotto la presidenza del dott. A. Roviglio. Sono state fatte comunicazioni da: A. Riva, A. Gavazzeni, Amos Chiabow.

Si è costituita in Romania un'associazione dei medici degli ospedali e dei dispensari appartenenti al Ministero della sanità pubblica e della previdenza sociale.

L'11 maggio venne commemorato il centenario della Società medica di Atene; la cerimonia si svolse nell'Università, presente il sotto-segretario di Stato all'igiene.

In onore di Roberto Koch l'Ospedale Civico Moabit di Berlino verrà intitolato Ospedale Roberto Koch.

Il nobiluomo Bartolomeo Pappagallo morto a Molfetta ha lasciato circa 2 milioni in titoli e immobili per opere di beneficenza.

Si è inaugurata a Padova la « Casa dello Studente », attigua al fabbricato della preesistente « Mensa Universitaria », con cui forma un unico corpo; comprende circa cento camere, di cui metà verranno assegnate a titolo gratuito e una dozzina al personale assistente; l'edifizio comprende anche sale di lettura, di scrittura e di conversazione, un salone per le adunanze, una sala di ginnastica, una sala d'armi, un albergo diurno ecc.

In Germania, sull'esempio dell'Italia, si dà ora incremento, negli ospedali psichiatrici al lavoro

dei ricoverati, così da ridurre le spese di manutenzione. I ricoverati nell'Istituto Friedrichsberg di Amburgo sono stati raccolti quasi tutti nell'Istituto Langenhorn, ove è già organizzato il lavoro agricolo, il che importerà una riduzione del 13 % nelle spese; i pazienti che non vi hanno trovato posto, sono stati assunti dalla Clinica psichiatrica di Eppendorf. L'Istituto di Friedrichsberg sarà trasformato in ricovero per vecchi.

Per festeggiare il giubileo imperiale e reale dei Sovrani inglesi, si è tenuto al Savoy Hotel di Londra un banchetto cui hanno partecipato 250 persone appartenenti all'alta società inglese; alla fine, venne aperta una sottoscrizione a favore degli ospedali: essa ha fruttato 6000 sterline, cioè circa un milione e mezzo di lire it.

La Regina Elena, con la Regina Giovanna di Bulgaria e la Principessa Mafalda d'Assia, si è recata al Policlinico di Roma per fare una nuova visita ai due reparti per i postumi di encefalite letargica intitolati al suo nome.

Il dott. Dartigues ha fatto una conferenza su « Mussolini e la latinità » al Circolo Militare di Parigi, presente l'Ambasciatore d'Italia, conte Pignatti di Morano.

I rappresentanti di varie Università e di vari Collegi medici dell'Inghilterra si sono riuniti, sotto la presidenza di Lord Dawson of Penn, per discutere sulla riforma degli studi medici.

La letteratura medica portoghese si è arricchita di tre nuove riviste: « Imprensa Médica », bimensile, a carattere generale; « Africa Médica », mensile, di medicina e igiene tropicali; « Clinica, Higiene e Hidrologia ».

I laureati in medicina da 25 anni nell'Università di Catania si riuniranno prossimamente; inviare le adesioni al prof. Agatino Liotta, via Mancini 6, Catania.

Per il 9 giugno si è organizzata la « giornata dell'infermiere » all'Ospedale psichiatrico provinciale di Mombello, in onore di San Giovanni di Dio, patrono delle opere assistenziali ospedaliere.

Sono tornati dall'Africa Orientale 329 operai ammalati.

La maggior parte erano colpiti da malaria. Soltanto venti hanno dovuto essere ricoverati in ospedale.

Una crociera medica in Oriente si svolgerà dal 14 agosto al 7 settembre, da e per Marsiglia: si toccheranno Istambul, Constanza, Odessa, Trebisonda, Salonicco e si faranno escursioni a Bucarest, Sebastopoli ed ai Carpazi. Rivolgersi a: Secrétariat des Croisierès médicales françaises, rue Soufflot 9, Paris.

Il Centro radio-medico internazionale di Roma per consultazioni mediche in alto mare ha reso, di recente, varie consultazioni, affidate ai proff. Caronia, Carducci e altri.

Il « Corriere della Sera » riferisce che in un ospedale del Kenia si presentò un caso chirurgico, il quale richiedeva un'operazione inconsueta e gravissima; nessuno dei chirurghi disponibili si sentiva in grado di affrontarla; fu spedito un telegramma a Londra e due giorni dopo l'aeroplano postale per l'Africa orientale partiva portando una cinematografia dell'operazione; la pellicola giunta a destinazione fu proiettata al chirurgo prescelto, che potè rendersi conto dei particolari ed eseguire l'intervento con successo.

È spirato, in un ospedale dell'Alasca, Frank Derbandt, degli Stati Uniti, uno degli aviatori più valorosi del nostro tempo, il quale si era prodigato moltissime volte per prestare soccorsi ai malati di località sperdute, trasportando medici, medicinali, malati ecc.; affrontò più volte gravissimi pericoli; era soprannominato « il samaritano alato ».

Violente azioni xenofobe si sono svolte a Parigi, da parte degli studenti di medicina di alcune organizzazioni, che hanno attuato uno sciopero di 24 ore per protestare contro l'esuberanza di studenti stranieri. Sono avvenuti varî conflitti con la Polizia. Una studentessa, Maria Lévy, sospettata a torto di aver lanciato un flacone contenente un liquido corrosivo contro un gruppo di studenti, venne malmenata a sangue e potè essere salvata solo dalla Polizia.

Agitazioni simili si sono avute a Montpellier (ne abbiamo già dato notizia), a Lilla, a Nancy.

In seguito a incidenti avvenuti all'Università di Bucarest, il Consiglio della Facoltà di Medicina ha deciso di sospendere i corsi sino alla fine dell'anno scolastico.

La morte del dott. prof. GIOVANNI TRUFFI, docente nella R. Università di Padova e primario dermosifilografo nell'Ospedale Civile di Udine, a soli 37 anni di età, sarà stata appresa di certo col più doloroso stupore dalla famiglia dermatologica italiana che in lui vedeva non più una speranza bensì una sicura affermazione nel campo dei nostri studii.

Figlio dell'insigne direttore della Clinica dermosifilopatica di Padova, la scuola e l'indirizzo paterno furono per lui soltanto esempio ed incitamento ad un severo tirocinio, all'esattezza dell'osservazione clinica, al rigore della ricerca scientifica.

Ne fanno fede i numerosi lavori da cui traspare l'impronta originale associata alla vasta coltura; la maturità raggiunta nell'ultimo concorso universitario e, più che tutto, la stima e l'affetto dei maestri e dei colleghi che lo designavano a più alta e non lontana meta.

La morte, « ultima linea rerum », lo toglie ora alla giovane sposa, ai teneri figliuoli, ai genitori dei quali era l'orgoglio e la speranza. Al loro sconfinato dolore sia, se pur misero, conforto il compianto unanime che accompagna nell'eterna pace il giovane e già rigoglioso virgulto così immaturamente divelto dal cieco destino.

V. M.

A Roma, a soli 30 anni, dopo lunghi mesi di sofferenze, si è spento il dott. FRANCESCO PASSANISI, di Granvilla, medico provinciale addetto al Laboratorio batteriologico dell'Istituto di Sanità Pubblica.

Lascia largo ed amaro rimpianto fra quanti ne apprezzarono la gentilezza dell'animo, il carattere mite e l'alto ingegno che — unito alla passione per lo studio — gli avrebbe assicurato un brillante avvenire.

È morto a 63 anni il prof. AXEL REYN, che ha diretto a lungo l'Istituto Finsen di Copenaghen.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Deut. Med. Woch., 1 feb. — HEINE. Diagnosi precoce e diagnosi erronea di glaucoma. — HOESCH. Il movimento passivo del cuore normale.

Riv. Sanit. Sicil., 15 gen. — F. FLARA. Vie ed indirizzi della moderna dermatologia.

Med. Welt, 2 feb. — O. FLEISCHMANN, F. NOLTENIUS. L'ozena. — M. KOCHREIN. Circolazione e sport.

Med. Klinik, 1 feb. — R. PAMPERL. Clinica e terapia della nefrolitiasi. — G. TAUBMANN. Ipnotici.

Practitioner, feb. — Malattie reumatiche.

Journal A. M. A., 19 gen. — A. J. KING. Cura della gonorrea nel maschio. — R. E. CUMMING e R. A. BURHANS. Terapia intradermica della gonorrea con filtrati di gonococco e altri mezzi. — C. L. MARTIN. Gonorrea rettale nella donna.

Quarterly Journ. of Med., gen. — R. B. HOWES e C. C. VARDY. Gli alcali nella sindrome nefrosica. — F. L. HORSFALL e W. RUSSELL SMITH. Sindrome Schüller-Christian.

Presse Méd., 30 gen. — P.-L. VIOLLE. La diuresi degli ipotesi. — 2. feb. A. RAIGA e al. L'iperglicemia nella foruncolosi. — A. STROÉ e D. HORTOPAN. Angina necrotica primitiva. — G. MÉTIVET. Spirito anatomico, fisiologico e clinico in chirurgia.

Sang, 1. — E. ZUNZ e al. Azione del « liquoide » sulla coagulaz. sanguigna. — R. POINSO. Il sangue nella difterite maligna.

Paris Méd., 2 feb. — Radiologia.

Rinascenza Med., 31 gen. — D. PACE. Le sindromi anginose. — M. LABBÉ. Diabete e infantilismo. — R. DE BLASIO e P. SCROCCA. Allergia cutanea del filtrato tubercolare.

Bull. Ac. de Méd., 29 gen. — C. LEVADITI. Neuroprobasia dei virus dell'erpete e della rabbia; azione della lampada a mercurio.

Presse Méd., 6 feb. — M. LABBÉ. Le ipo-alimentazioni.

Münch. Med. Woch., 7 feb. — L. ZUKSCHWERDT e al. Trattam. del cancro.

Ann. di Ost. e Ginec., 31 gen. — V. CRAMAROSSA. Tumori del sistema nerv. perifer. nell'apparato genit. femm. — M. GEYER. Contegno emorragico dell'utero e costituzione genitale.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Febbraio 1935

Malattie	28/1-3/2		4-10		11-17		18-24			
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo	332	2209	346	2920	361	3347	332	3059	—	—
Scarlattina	108	2 7	144	409	120	351	108	283	—	—
Varicella	123	362	118	333	143	415	1:9	361	—	—
Vaiuolo e Vaiuoloide	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tifo addominale	142	206	138	216	129	216	115	164	—	—
Difterite e Croup	259	497	319	628	354	700	246	486	—	—
Meningite cerebro-spinale	6	6	15	26	23	25	14	18	—	—
Poliomielite cutanea ac.	4	4	6	6	8	8	10	10	—	—
Encefalite letargica	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—
Dissenteria	1	1	3	4	4	5	3	3	—	—
Pustola maligna	9	9	10	19	8	8	18	19	—	—

Tifo petecchiale. Colera asiatico. Peste bubbonica. — Nessuna denunzia

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.